



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO / CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES**  
**APRENDENTES**

**FERNANDA DALLA COSTA**

**VISITA MULTIPROFISSIONAL: IMPLANTAÇÃO E APRENDIZAGEM EM**  
**UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**JOÃO PESSOA – PB**

**2020**

**FERNANDA DALLA COSTA**

**VISITA MULTIPROFISSIONAL: IMPLANTAÇÃO E APRENDIZAGEM EM  
UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Área de concentração:** Gestão e  
Aprendizagens

**Linha de pesquisa:** Aprendizagem nas  
organizações

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima  
Fernandes Martins Catão

**JOÃO PESSOA – PB**

**2020**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

C838v Costa, Fernanda Dalla.

Visita Multiprofissional: implantação e aprendizagem em  
unidade neonatal de um hospital universitário /  
Fernanda Dalla Costa. - João Pessoa, 2020.  
108 f.

Orientação: Maria de Fátima Fernandes Martins Catão.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE.

1. Neonatologia - Assistência hospitalar. 2.  
Recém-nascidos. 3. Visita multiprofissional. 4. Equipe  
multidisciplinar. 5. Aprendizagem. I. Catão, Maria de  
Fátima Fernandes Martins. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-053.31(043)

FERNANDA DALLA COSTA

VISITA MULTIPROFISSIONAL: IMPLANTAÇÃO E APRENDIZAGEM EM UNIDADE  
NEONATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada à banca do Programa de Pós-graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes (MPGOA).

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Fernandes Martins Catão  
Orientadora – MPGOA/UFPB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rilva Lopes de Sousa Muñoz  
Membro Externo – CCM/UFPB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Valéria Santos Diniz  
Membro Interno – MPGOA/UFPB

Ao meu pai (*in memoriam*), Francesco, pela sua bravura e exemplo de hombridade.  
À minha mãe (*in memoriam*), Edite Jesus, pelo amor, garra e dedicação aos filhos, dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que esteve comigo em toda a caminhada, tornando possível esse trabalho por Sua infinita graça e misericórdia.

Aos meus familiares, em especial meus irmãos, pelo carinho e pelas orações.

À minha filha mais velha, Júlia, que me ensinou o que é amor incondicional, que me trouxe novamente à vida, e que todos os dias me perguntava: “já acabou o mestrado?”. À minha filha, Catarina, que me faz dormir cansada, mas feliz e agradecida por ter um anjo em nossa família. Ao meu filho, Henrique, por assistir todas as aulas do mestrado em meu ventre e se comportar muito bem até o final da gestação, para nascer no período de recesso.

Ao meu esposo, Kleber, pela dedicação à família e por segurar nosso lar com duas meninas e um recém-nascido enquanto eu enfrentava o período do mestrado. Obrigada, meu amor, pelo apoio e paciência!

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fátima Fernandes Catão, pela competência e ensinamentos que possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e contribuições imprescindíveis na construção e reconstrução deste trabalho.

Ao Mestrado Profissional em Gestão nas Organizações Aprendentes, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, ao seu corpo docente e, em especial, a Tales, pelo apoio e pelos valiosos conselhos.

Aos meus colegas do fundão, ou MPGOA sem censura, pelo incentivo e momentos de alegria. Em especial, às colegas Camile e Sâmella, pela escuta de minhas angústias e por não me deixarem desistir. Vocês foram as melhores companhias das aulas e dos cafés, e o presente que o MPGOA me deu para a vida!

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela força nos momentos de incertezas e angústias, em especial à minha amiga Neves, pelo incentivo, pela paciência e pelo carinho comigo e com minha família.

Aos profissionais da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, pelo incentivo e pela participação na construção desse trabalho.

E a todos os meus amigos e familiares pelo apoio durante essa trajetória.

Muito obrigada!

## RESUMO

O elevado número de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascimento constitui um importante problema de saúde com graves consequências médicas e sociais. Para elevar o padrão do atendimento das unidades hospitalares, como a de Cuidado Neonatal, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no modelo biopsicossocial de atenção, recomenda a visita multiprofissional atendendo ao princípio da integralidade na saúde e ao processo de aprendizagem permanente nos contextos de trabalho. Essa prática promissora ainda não está sendo desenvolvida na unidade neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Neste direcionamento, essa pesquisa tem por objetivo propor um plano de implantação da visita multiprofissional a partir das elaborações produzidas pela equipe de trabalho da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) do HULW. Neste estudo de base qualitativa, trabalhou-se com observação participante, entrevista semiestruturada e análise de conteúdo temática com uso do sistema ALCESTE de análise de dados textuais. Os resultados do estudo demonstraram que há práticas multidisciplinares na UCINCo e a equipe percebe a sua importância, porém ainda prevalecem as decisões centralizadas no profissional de medicina, sem uma discussão efetiva com a equipe. Os profissionais relatam a falta de um espaço para compartilhamento de ideias e discussão dos casos clínicos; acreditam que a visita multiprofissional possa remediar essa deficiência, melhorando a qualidade da assistência ao paciente e contribuindo para melhor integração da equipe, além de ser uma importante ferramenta para a aprendizagem no campo de trabalho. Foi possível traçar um plano de ação para a implantação da visita multiprofissional na UCINCo – HULW, contemplando os eixos temáticos postos pela equipe, capturados pela análise de conteúdo das falas. Conclui-se que o planejamento e a proposta de implantação da visita poderá proporcionar um aprendizado contínuo da equipe na construção da assistência mais humanizada e qualificada aos pacientes, oferecendo, também, melhores condições laborais aos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** visita multiprofissional, assistência neonatal, equipe multidisciplinar, aprendizagem, pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

The high number of premature and low birth weight newborns is an important health problem with serious medical and social consequences. In order to raise the standard of care in hospital units, such as Neonatal Care, the Unified Health System (SUS), based on the biopsychosocial model of care, recommends a multiprofessional round taking into account the principle of integrality in health and the process of permanent learning in contexts of work. This promising practice is not yet being developed in the neonatal unit of the Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). In this direction, this research aims to propose a plan to implement the multiprofessional round based on the elaborations produced by the workteam of the HULW Conventional Neonatal Intermediate Care Unit (UCINCo). In this qualitative study, were used participant observation, semi-structured interview and thematic content analysis using the ALCESTE textual data analysis system. The results of the study indicate that there are multidisciplinary practices at UCINCo and the team realizes its importance, but decisions that are centralized in the medical professional still prevail, without an effective discussion with the team. Professionals report the lack of space to share ideas and discuss clinical cases; they believe that the multiprofessional round can remedy this deficiency by improving the quality of patient care and contributing to better team integration, in addition to being an important tool for learning in the field. It was possible to outline an action plan for the implementation of the multiprofessional round at UCINCo – HULW, contemplating the thematic axes put by the team, captured by the content analysis of the statements. It is concluded that the planning and the proposal of implantation of the round, will provide a continuous learning of the team in the construction of more humanized and qualified assistance to the patients, also offering better working conditions to the health professionals.

**Keywords:** multiprofessional round, neonatal care, multidisciplinary team, learning, qualitative research.

## LISTA DE TABELAS

|          |                                                               |    |
|----------|---------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 | Levantamento de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde.....   | 39 |
| Tabela 2 | Levantamento de artigos no portal de Periódicos da CAPES..... | 39 |
| Tabela 3 | Distribuição dos eixos temáticos.....                         | 58 |

## LISTA DE FIGURAS

|          |                                                                       |    |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 | Mapa conceitual com os achados principais da revisão dos artigos..... | 33 |
| Figura 2 | Organograma da Gerência e Atenção à Saúde do HULW.....                | 42 |
| Figura 3 | Trajetória da pesquisa.....                                           | 46 |
| Figura 4 | Mapa conceitual com os resultados da pesquisa.....                    | 78 |
| Figura 5 | Plano de ação para implantação da visita multiprofissional.....       | 79 |

## LISTA DE QUADROS

|          |                                                                                              |    |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 | Concepções sobre visita multiprofissional elaboradas pelos profissionais da UCINCo/HULW..... | 70 |
| Quadro 2 | Síntese dos resultados da observação participante.....                                       | 75 |
| Quadro 3 | Síntese dos resultados das entrevistas com os profissionais da UCINCo.....                   | 77 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |                                                                           |
|---------|---------------------------------------------------------------------------|
| ALCESTE | <i>Analyse de Lexèmes Cooccurrent Dans lês Ennoncés Simples d'um Text</i> |
| EIP     | Educação Interprofissional                                                |
| GM      | Gabinete do Ministro                                                      |
| HULW    | Hospital Universitário Lauro Wanderley                                    |
| MS      | Ministério da Saúde                                                       |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde                                              |
| ONU     | Organização das Nações Unidas                                             |
| PNEPS   | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde                         |
| PNH     | Política Nacional de Humanização                                          |
| PNHAH   | Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar                |
| RN      | Recém-Nascido                                                             |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                                    |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                |
| UCIN    | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal                                 |
| UCINCa  | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru                         |
| UCINCo  | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional                    |
| UTIN    | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal                                     |

## SUMÁRIO

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                 | <b>13</b> |
| <b>1.1 Objetivos.....</b>                                                                                | <b>17</b> |
| 1.1.1 <i>Objetivo geral.....</i>                                                                         | 17        |
| 1.1.2 <i>Objetivos específicos.....</i>                                                                  | 17        |
| <b>1.2 Estrutura do trabalho.....</b>                                                                    | <b>18</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                                        | <b>19</b> |
| <b>2.1 Saúde, Políticas Públicas e o Cuidado Neonatal.....</b>                                           | <b>19</b> |
| <b>2.2 Humanização do Atendimento e a Equipe Multiprofissional como Sujeito.....</b>                     | <b>24</b> |
| <b>2.3 Visita Multiprofissional: questões de aprendizagem e melhoria nas práticas assistenciais.....</b> | <b>28</b> |
| <b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>                                                                | <b>39</b> |
| <b>3.1 Considerações Éticas.....</b>                                                                     | <b>40</b> |
| <b>3.2 Caracterização da Pesquisa.....</b>                                                               | <b>40</b> |
| <b>3.3 Cenário.....</b>                                                                                  | <b>41</b> |
| <b>3.4 Seleção dos Sujeitos.....</b>                                                                     | <b>42</b> |
| <b>3.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....</b>                                                         | <b>43</b> |
| <b>3.6 Procedimentos de Análise dos Dados.....</b>                                                       | <b>44</b> |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                                     | <b>47</b> |
| <b>4.1 Resultados e Reflexões a partir da Observação Participante.....</b>                               | <b>47</b> |
| 4.1.1 <i>Estrutura da unidade.....</i>                                                                   | 47        |
| 4.1.2 <i>Rotinas da equipe.....</i>                                                                      | 50        |
| 4.1.3 <i>Diálogo com a equipe.....</i>                                                                   | 54        |
| <b>4.2 Entrevistas com os Profissionais.....</b>                                                         | <b>57</b> |
| 4.2.1 <i>Práticas atuais e dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional...</i>                 | 58        |
| 4.2.2 <i>Concepções da visita multiprofissional.....</i>                                                 | 62        |
| 4.2.3 <i>Implantação da visita multiprofissional.....</i>                                                | 71        |
| <b>5 PROPOSIÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA VISITA MULTIPROFISSIONAL: PLANO DE AÇÃO.....</b>                       | <b>75</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                       | <b>82</b> |

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| REFERÊNCIAS.....                                                                          | 85  |
| ANEXOS.....                                                                               | 95  |
| ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE<br>ÉTICA .....                    | 96  |
| ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO DE REVISÃO<br>SISTEMÁTICA DA LITERATURA..... | 101 |
| APÊNDICES.....                                                                            | 102 |
| APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....                                | 103 |
| APÊNDICE 2 – ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS PARA<br>ENTREVISTA.....                     | 105 |
| APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO PARA ROTEIRO DA VISITA<br>MULTIPROFISSIONAL.....                  | 106 |

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”; é um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica (OMS, 2007, p. 1). Esse conceito ampliado de saúde exige uma nova atitude nas práticas assistenciais, pois ultrapassa os limites do modelo hegemônico proposto pela medicina – o modelo biomédico.

O modelo biomédico é predominante desde meados do século XIX, e tem suas bases teóricas nas orientações científicas do século XVII, com filósofos como Descartes que pregava uma visão mecanicista e reducionista do homem. Essa visão do homem como uma máquina traz o conceito de saúde como a ausência de doenças, conferindo ao ser humano uma dimensão somente biológica e valorizando a doença sem contextualizar a posição social, familiar e história de vida (BARROS, 2002). No modelo biomédico, a doença é o centro da atenção, sendo priorizadas as ações de recuperação e reabilitação, com decisões centralizadas no profissional médico. O indivíduo é visto de uma forma fragmentada e como uma máquina, o processo de assistência à saúde também é fragmentado, reduz o homem a um ser biológico, sem intervenções sócio históricas (CUTOLO, 2006).

Na década de 1970, inicia o movimento de crítica a abordagem biomédica e surge o modelo biopsicossocial de atenção à saúde (FAVA; SONINO, 2008). A concepção de saúde-doença passa, então, a ter uma base biológica, mas também havendo fatores psicológicos e sociais associados a esse processo. As ações são desenvolvidas dentro de um princípio de integralidade, com objetivos de recuperação e reabilitação do doente, além de prevenção e promoção da saúde. A responsabilidade da assistência passa a ser da equipe interdisciplinar, e não somente do médico (CUTOLO, 2006).

No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária, no final da década de 1970, propôs a reorganização do modelo de atenção à saúde. Na década de 1980, essa proposta se concretizou com a revisão do conceito de saúde em um sentido mais abrangente, sendo resultado de condições socioeconômicas, culturais, condições do ambiente e fatores biológicos (CUTOLO, 2006). A Constituição de 1988 efetivou,

assim, esses argumentos na condição de lei, considerando a saúde direito de todos e dever do Estado. Para garantir esse direito, o Governo Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia em três pilares: universalidade, igualdade de acesso e integralidade. Hoje, mais de três décadas após sua criação, o SUS continua sendo destinado a todos os cidadãos, e as políticas públicas são construídas a partir dessa visão. Para efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão foi criada, em 2003, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Esse programa tem como objetivo qualificar a saúde pública valorizando todos os sujeitos envolvidos no processo de promoção da saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores (BRASIL, 2003).

A humanização no nascimento e período perinatal tem enfoque especial junto aos programas do Ministério da Saúde. A viabilização de estratégias para contribuir com a redução da mortalidade neonatal faz parte dos objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) como plano de ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade (ONU, 2015). O elevado número de recém-nascidos de baixo peso ao nascimento e prematuros constitui um importante problema de saúde com graves consequências médicas e sociais; assim sendo, o atendimento perinatal tem sido foco prioritário no desafio para a redução da mortalidade infantil. Para se elevar o padrão do atendimento técnico a esses neonatos, e propondo uma abordagem mais humanizada por parte dos profissionais de saúde, foram criadas várias ações, programas e leis por parte do governo brasileiro (BRASIL, 2013).

A assistência hospitalar ao recém-nascido tem suas diretrizes definidas pela Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que organiza a atenção integral e humanizada ao neonato grave ou potencialmente grave, e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), essa com suas duas tipologias: Convencional (UCINCo) e Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012).

Nesse contexto de cuidado neonatal, no ano 2000, o Ministério da Saúde aprovou a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru como um modelo de assistência que implica uma mudança de paradigma na atenção

perinatal, pois as questões pertinentes à atenção humanizada se complementam com os avanços tecnológicos clássicos, posteriormente reafirmada pela Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Além da atenção ao recém-nascido, o Método Canguru traz também um enfoque especial ao profissional de saúde e ao ambiente de trabalho. São apresentados alguns métodos de estabelecimento de melhores condições de trabalho para os profissionais atuantes nas unidades neonatais, sendo um desses métodos a discussão clínica compartilhada entre as equipes multiprofissionais, conhecida como visita multidisciplinar ou multiprofissional (BRASIL, 2013).

A crise que atinge a saúde pública no Brasil também atinge os profissionais que trabalham em condições desfavoráveis, quase sempre mal remunerados, com pouco incentivo e sujeitos a carga excessiva de trabalho, e que, mesmo assim, necessitam desenvolver com aptidão suas funções, devem se manter atualizados tecnicamente e prestar uma assistência adequada e humanizada (DESLANDES, 2004).

A pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença denominada COVID-19, deixou em evidência a crise da saúde pública no Brasil. A pandemia revelou situações de negligência de políticas públicas, a falta de financiamento do SUS e a desvalorização dos trabalhadores (CUETO, 2020). Com o crescimento dos casos da doença, a demanda pelos profissionais de saúde também cresceu exponencialmente e, apesar de serem fundamentais nesse enfrentamento, as ações de atenção à saúde e segurança desses trabalhadores geralmente são desprezadas. Há escassez de materiais e equipamentos fundamentais para o trabalho seguro das equipes de saúde, o que traz a sensação de vulnerabilidade com repercussões no funcionamento psíquico e cognitivo dos profissionais. Devem ser priorizadas, desta forma, medidas para reorganizar os serviços e processos de trabalho visando reduzir as jornadas de trabalho, a valorização dos profissionais e melhorias nas condições de trabalho, assim como a oferta de apoio psicológico.

A visita multiprofissional surge nesse âmbito hospitalar, realizada dentro da própria unidade, em horário normal de trabalho, com os profissionais assistentes ao paciente com o objetivo de aprimorar a assistência e melhorar as condições de trabalho. A metodologia da visita demanda a presença de diversos profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) que discutem o quadro clínico do paciente e compartilham experiências para que se tenha uma visão integral do caso,

com uma análise mais completa, possibilitando a tomada de decisões compartilhadas e formação de novos saberes (NEVES, 2017).

Portanto, a visita multiprofissional apresenta-se com essa potencialidade de aprimorar não somente a assistência ao paciente, mas também a comunicação entre os profissionais provedores do cuidado (KIM *et al.*, 2010). Segundo Alvarenga *et al.* (2013), percebeu-se que a interdisciplinaridade investe na formação de vínculos e laços sociais para que haja trocas entre os profissionais e, com isso, surja o aprendizado.

A aprendizagem é esse complexo processo de mudança no comportamento em função da experiência pregressa de cada pessoa, influenciada por fatores como a frequência de práticas (FLEURY; FLEURY, 1995). O processo de aprendizagem resulta de uma relação entre o sujeito que busca o conhecimento e o objeto a ser conhecido, e é apropriando-se dos significados que o indivíduo adquire o conhecimento em seu meio e se desenvolve (PALANGANA, 2015). Para que haja um ambiente de aprendizagem dentro de uma instituição, deve-se observar quem são os sujeitos que fazem parte desse meio, juntamente com o contexto histórico e social em que estão inseridos.

Foi nesse contexto de trabalho multiprofissional de assistência aos neonatos em condição crítica de saúde, a partir da vivência da pesquisadora enquanto médica assistente da Unidade de Cuidado Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, uma instituição hospitalar federal ligada a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que surgiu o interesse pelo estudo da aprendizagem colaborativa entre os profissionais. Verifica-se que o modelo de assistência ainda é centrado no profissional médico, que favorece a fragmentação dos processos de trabalho e enfraquece as relações entre os profissionais da equipe. Percebe-se, assim, uma fragilidade no envolvimento da equipe com as decisões e com a sistematização da assistência, bem como na capacitação e atualização profissional. Surge, então, a necessidade de estratégias para envolver todos os profissionais na sistematização da assistência, na visão integral ao paciente, na tomada de decisões e que construam novos conhecimentos e aprendizagens. A pesquisadora acredita que as propostas de trabalho interdisciplinares possam ser o caminho para a mudança desse modelo de atenção à saúde. A educação na saúde também poderá contribuir para melhores práticas assistenciais aos pacientes e para a transformação dos ambientes de trabalho em campos de aprendizagem.

Diante da problemática apresentada, surgem as principais questões condutoras do estudo: as práticas atuais da unidade neonatal são em equipe? Quais são as reflexões da equipe de trabalho com relação ao trabalho em equipe multiprofissional e à prática da visita multiprofissional? A visita multiprofissional é estratégia válida no contexto de melhoria assistencial e nas questões de aprendizagem?

Considerando a saúde como um bem essencial à sobrevivência humana, a relevância desse estudo consiste em apresentar proposições aos gestores para o planejamento e implantação de ações que propiciem uma assistência mais humanizada e qualificada para os pacientes, oferecendo, também, melhores condições laborais para os profissionais de saúde.

## **1.1 Objetivos**

### *1.1.1 Objetivo geral*

Elaborar proposta de implantação da visita multiprofissional como estratégia para aprendizagem e melhoria na assistência ao paciente, a partir do produto das reflexões e sugestões da equipe de profissionais da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

### *1.1.2 Objetivos específicos*

- a) Descrever e refletir sobre as práticas realizadas em equipe multiprofissional na UCINCo do Hospital Universitário Lauro Wanderley;
- b) Descrever as concepções da visita multiprofissional elaboradas pela equipe de profissionais da unidade neonatal e os processos de aprendizagem a partir dessa prática; e,
- c) Elaborar proposta de implantação da visita multiprofissional, configurada como produto das reflexões e sugestões da equipe.

## **1.2 Estrutura do trabalho**

Esta pesquisa foi dividida em seis capítulos. No primeiro, o da introdução, apresentam-se o problema de pesquisa, sua justificativa e os objetivos pretendidos. No segundo capítulo é apresentado o embasamento teórico: os conceitos de saúde, as políticas públicas e o cuidado neonatal, a humanização do atendimento e a equipe multidisciplinar, e, por fim, apresentada a visita multiprofissional e questões de aprendizagem. O terceiro capítulo traz uma abordagem sobre os procedimentos metodológicos adotados, as considerações éticas, a caracterização da pesquisa, o cenário onde foi desenvolvida, a seleção dos sujeitos e os procedimentos utilizados para a coleta e a análise dos dados. No quarto capítulo, são apresentados os resultados e as discussões sobre a análise, e no quinto, a proposta da implantação da visita multiprofissional através de um plano de ação, elaborado com base nos resultados da pesquisa; as considerações finais do estudo são encontradas no capítulo seis.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Saúde, Políticas Públicas e o Cuidado Neonatal

O conceito do que é saúde e doença vem evoluindo ao longo da história, influenciado por contextos culturais como crenças e preceitos religiosos, estruturas políticas e econômicas e pelos avanços científicos. De acordo com Scliar (2007, p. 30),

o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

A amplitude desse conceito destaca a responsabilidade do Estado na promoção da saúde como um direito a uma vida plena e sem privações. Portanto, para haver saúde devem-se ter, além de processos biológicos plenos, boas condições de meio ambiente (solo, água, ar, moradia), estilo de vida adequado e organização da assistência à saúde (serviços médicos, hospitais, medicamentos). Os cuidados em saúde dependem de condições econômicas, socioculturais e políticas que incluem educação, nutrição, saneamento básico, planejamento familiar, entre outros fatores que são de responsabilidade governamental (SCLIAR, 2007).

No Brasil, a concepção de saúde como uma questão social e política começou a ser discutida por profissionais de saúde e organizações da sociedade civil na década de 1970, pelo Movimento da Reforma Sanitária, juntamente com o movimento de redemocratização do país. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão, com acesso igualitário e participação da sociedade, iniciando nesse momento os alicerces para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 efetivou os argumentos do modelo de atenção biopsicossocial e colocou o Estado como juridicamente obrigado a exercer ações na área de saúde (PAIM *et al.*, 2011). Consoante o artigo 196 da Constituição (BRASIL, 1988, p. 118):

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A modificação da concepção social de saúde pela legislação trouxe um grande avanço nas práticas de atenção, prevenção e cura. Um dos principais objetivos das políticas públicas atuais é justamente ampliar e reformular novas ações para responder às necessidades impostas pela Constituição (ROSA; SAES; ABULEAC, 2012).

Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que especificava todas as atribuições e organização do SUS, um sistema dinâmico e complexo que reafirma que a saúde é um direito do ser humano e é dever do Estado assegurar as condições necessárias para o pleno exercício dessa saúde. O SUS tem sua sustentação no conceito ampliado de saúde que inclui condições econômicas, sociais, biológicas e culturais para garantir o acesso gratuito e integral para a população. O sistema possui princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade, e é organizado por diretrizes: hierarquização, regionalização, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990).

A universalidade pressupõe acesso universal a qualquer pessoa do território brasileiro. O princípio da integralidade contempla qualquer ação de prevenção ou assistência de forma integrada aos diferentes tipos de atenção (ambulatorial, hospitalar), individual ou coletiva. A equidade garante as ações e os serviços com igualdade de oportunidades conforme a necessidade individual. Quanto aos princípios de organização, há o cuidado de desenvolver ações em nível crescente de complexidade, descentralizando e distribuindo a responsabilidade nas três esferas de governo, garantindo assim maior controle e fiscalização pelos cidadãos. A participação da população é regulamentada com a criação dos conselhos de saúde federal, estadual e municipal, que são responsáveis por formular estratégias para as políticas públicas (NANTES; CASTRO; ZALESKI, 2018).

Na primeira metade do século XX, o serviço público de saúde era voltado apenas para os trabalhadores do mercado formal, contribuintes com o sistema de previdência social; já com o SUS, a assistência passou a ser garantida para todos os cidadãos. A universalização dos direitos e a possibilidade de participação nas políticas públicas demonstra claramente o reconhecimento da cidadania como critério de acesso ao SUS (MARQUES; MENDES, 2007).

De acordo com Paim (2011), o SUS permitiu amplo acesso aos cuidados de saúde para praticamente toda a população brasileira, assim como a conscientização sobre o seu direito à saúde vinculado à cidadania. O maior desafio do SUS, para o autor, é político, visto que as bases legais e normativas já são bem estabelecidas, e com a experiência de mais de 30 anos de implantação é necessário garantir a sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica do sistema.

Os poderes executivo, legislativo e judiciário no Brasil não têm conseguido assegurar condições objetivas para sustentar o SUS econômica e tecnologicamente, apesar de a Constituição proclamar que é dever do Estado. Há problemas de gestão, burocratização de decisões, insuficiência de recursos, falta de investimentos na infraestrutura pública, desvalorização de trabalhadores de saúde e precarização do trabalho (PAIM, 2018).

Os princípios norteadores do SUS colaboram para desenvolver a dignidade dos brasileiros como cidadãos e como seres humanos (SCLAR, 2007), porém os problemas de gestão, infraestrutura e desvalorização dos profissionais atuantes no sistema fazem com que a assistência deixe de ser digna e humanizada. Diante da necessidade de assegurar esse cuidado digno à condição humana, em 2003 o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), programa conhecido como HumanizaSUS.

O objetivo desse programa era tornar as práticas de atenção e gestão mais humanizadas e comprometidas com a defesa da vida. Um dos eixos da PNH é a atuação na gestão do trabalho, apresentando estratégias para a valorização e o crescimento do profissional e a participação nos processos de discussão, assim como preconiza a gestão participativa e a educação permanente na própria unidade de trabalho. O trabalho multidisciplinar através da Visita Técnica Multiprofissional, conforme é citada nas cartilhas do programa, é proposto como iniciativa que tem grande potência para melhorar os serviços e o sistema de saúde (BRASIL, 2010).

A Visita Técnica Multiprofissional torna-se um recurso de qualificação do serviço visto que o alto percentual de morbimortalidade no período neonatal é um importante problema de saúde pública. O atendimento perinatal é um dos focos do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil, já que as afecções nesse período são sua primeira causa. No Brasil, aproximadamente 10% dos bebês nascem prematuros, ou seja, com menos de 37 semanas completas de gestação; assim, caso

o bebê nasça prematuro e/ou com baixo peso (menor que 2.500 g), ele necessita ficar internado em Unidade de Tratamento Neonatal (BRASIL, 2013).

A assistência hospitalar ao recém-nascido (RN) – por definição, RN entende-se a criança desde o nascimento até os 28 dias de vida – tem suas diretrizes definidas pela Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que organiza a atenção integral e humanizada ao neonato grave ou potencialmente grave, bem como os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Portaria (BRASIL, 2012, p. 2),

Art. 3º São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

- I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos;
- II - promoção da equidade;
- III - integralidade da assistência;
- IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário;
- V - atenção humanizada; e
- VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Art. 4º São objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

- I - organizar a Atenção a Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade;
- III - garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal;
- IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e
- V - induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS.

As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado nos seguintes termos: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde são oferecidos serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com suas duas tipologias: Convencional (UCINCo) e Canguru (UCINCa). As unidades de cuidado intermediário são serviços hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. O diferencial da unidade Canguru é a infraestrutura física e material que permite acolher a mãe para repouso e

permanência no mesmo ambiente, nas 24 horas por dia, até a alta hospitalar (BRASIL, 2012).

Como o objetivo é prestar uma assistência de melhor qualidade ao recém-nascido e sua família, com uma abordagem mais humanizada, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru - posteriormente atualizada pela Portaria nº 1.683, de julho de 2007. Esse modelo de assistência implica uma mudança de paradigma na atenção neonatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada se complementam com os avanços tecnológicos clássicos.

Assim, a proposta do método tem como principais objetivos: menor tempo de internação do bebê, oxigenação adequada, aumento da temperatura do corpo e estabilidade, menos episódios de paradas respiratórias durante o sono, diminuição do choro, aumento do aleitamento materno, aumento do vínculo pai-mãe-bebê-família, diminuição do tempo de separação pai-mãe-bebê-família, melhor relacionamento família/equipe, diminuição de infecção hospitalar, controle e alívio da dor dos recém-nascidos e respeito às individualidades (BRASIL, 2013).

O SUS também tem como competência a ordenação da formação dos profissionais de saúde, e é mediante suas políticas públicas que ocorrem as mudanças nos processos de educação desses profissionais. O grande marco na política de educação dos profissionais da saúde foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, que tem como proposta a aprendizagem no trabalho incorporada ao cotidiano das organizações (BRASIL, 2018).

A educação no trabalho em saúde refere-se à educação continuada e à educação permanente em saúde. A educação continuada utiliza a metodologia de ensino tradicional e promove a aquisição de informações técnicas e científicas pelo trabalhador, como nos cursos de pós-graduação (BRASIL, 2012). Já a educação permanente em saúde, segundo definição do MS, tem como base a aprendizagem significativa e transformadora das práticas profissionais.

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos

constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018, p. 10).

Atualmente, a Educação Interprofissional (EIP) está sendo incorporada na educação na saúde. Essa abordagem consiste no aprendizado que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de forma interativa, para aprimorar a qualidade da atenção à saúde. O Ministério da Saúde, seguindo orientações da OMS, elaborou um plano de ação para a implementação da EIP que reorienta os cursos de graduação em saúde para uma abordagem interprofissional, estimulando as iniciativas que utilizem elementos da EIP nas práticas do cotidiano do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

Para que se efetive a EIP devem ser observadas a dimensão macro (relacionada às políticas de saúde), a dimensão meso (relacionada aos programas e cursos da área de saúde) e a dimensão micro (relacionada às relações interprofissionais no ambiente de trabalho). O Brasil tem avançadas políticas de saúde e de educação para a saúde e condizentes com as necessidades da população. Contudo, a educação formal nos cursos de graduação e pós-graduação ainda necessita ser reordenada, sendo a formação de maneira interprofissional um ótimo caminho para se promover a interprofissionalidade; porém, será a educação permanente no trabalho que vai assegurar o real trabalho em equipe conforme as necessidades dos serviços e dos sujeitos envolvidos no processo de saúde (BRASIL, 2017).

## **2.2 Humanização do Atendimento e a Equipe Multiprofissional como Sujeito**

Os princípios que norteiam o SUS colaboram para o desenvolvimento da dignidade dos brasileiros como cidadãos e como seres humanos (SCLIAR, 2007). A humanização em saúde se transformou em política pública para tornar as práticas de atenção, assim como a gestão, comprometidas com a defesa da vida. Nantes, Castro e Zaleski (2018) questionam a necessidade de instituir uma política pública para “humanizar o humano”, visto que a humanização é uma característica do ser humano.

O termo humanização é constante na área de saúde e a discussão sobre o assunto surgiu justamente pelos relatos e pelas experiências do fenômeno de desumanização. O desenvolvimento tecnológico avançado das últimas décadas causou grandes transformações na prática e na forma de se conceber a medicina,

porém, apesar de todos os recursos técnicos, os profissionais falham nas virtudes humanas no que tange à assistência (CLARAMONTE GALLIAN; PONDÉ; RUIZ, 2012). Os profissionais são expostos a cargas excessivas de trabalho, muitas vezes mal remunerados e com falta de incentivo, além de serem submetidos a condições estruturais de trabalho insatisfatórias, o que poderia explicar, de certa forma, uma desumanização na produção da assistência (DESLANDES, 2004).

A fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os profissionais, os baixos investimentos na qualificação dos trabalhadores, o sistema público de saúde burocratizado e verticalizado são ainda desafios que o SUS enfrenta na implantação da humanização, assim como o desrespeito aos direitos dos usuários e a não inclusão desses no processo de produção de saúde (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004). Consoante os autores,

essas práticas, mais do que ações condenáveis e criticáveis, aparecem como elementos institucionais produtores de sujeitos fragmentados; burocratizados na sua relação com o usuário; individualistas e distantes da percepção da sua própria importância para a sustentação da política de saúde, na qual se acham imersos. A apatia e a indiferença são majoritariamente efeitos da violência e do desamparo, do cerceamento que uma política de saúde como a descrita os submete em seu cotidiano (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004, p. 42).

Reis, Marazina e Gallo (2004) afirmam que o discurso da área médica, centralizado no profissional, na ação curativa e com foco na queixa do paciente, produz essa prática de saúde desumanizada, porém o essencial da desumanização reside no descaso histórico e politicamente produzido pelos sucessivos governos.

Em 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) como uma política para “promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil” (BRASIL, 2001, p. 9). Esse programa foi substituído, atualmente, por uma política de assistência em uma perspectiva transversal – o HumanizaSUS –, e não mais um programa específico. Essa política pública define humanização como o aumento do grau de corresponsabilidade dos atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implicando mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho. É garantir os direitos dos usuários, mas também oferecer condições mais dignas aos profissionais, fazendo com que esses possam participar da gestão de seu processo de trabalho.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos. Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004, p. 8).

Humanização é o desenvolvimento de ações e atitudes que resultam na melhoria das relações dos pacientes com os profissionais e dos profissionais entre si, relações respeitadas, com consideração e atenção (CLARAMONTE GALLIAN; PONDÉ; RUIZ, 2012). Segundo Deslandes (2004, p. 8), humanização diz respeito à forma de assistência que valoriza a qualidade técnica associada ao “reconhecimento dos direitos do paciente, da sua subjetividade e cultura”; inclui, também, a melhoria de condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Neste âmbito, o Manual do PNHAH (2004) aponta o ser humano como um ser de linguagem e, assim sendo, capaz de construir redes de significados que formam uma identidade cultural quando compartilhados. Palangana (2015) cita a concepção vigotskiana de que com a linguagem são internalizados valores, significados e formas de comportamento que possibilitam criar novos sentidos e ampliar conhecimentos. Mizukami (1986) enfatiza que o sujeito é o homem inserido em um contexto sócio-econômico-cultura-político, ou seja, histórico, e é mediante a reflexão sobre esse contexto que toma consciência de sua historicidade e se compromete a mudar sua realidade. A fala dos sujeitos, seus sentimentos, desejos e sofrimentos são fundamentais para a forma de ser e viver o mundo; é por meio dos significados e dos sentidos que os sujeitos dão aos fenômenos que será desenvolvida sua relação com a sociedade (CATÃO, 2017).

Catão (2013) observa o ser humano como um ser social e histórico, cujo desenvolvimento é vinculado aos processos de internalização dessa história social, mediado pelas funções psicológicas superiores (racionalidade, afetividade, comportamentos). Portanto, para se entender as práticas da equipe de trabalho deve-se cogitar que os profissionais são produzidos pela cultura e pelas condições sociais, e, em virtude do exercício de sua condição de sujeito, são os protagonistas de sua história pessoal, com sua subjetividade e, também, fazendo parte do coletivo.

As políticas públicas consideram a equipe de profissionais como os sujeitos dos processos da promoção de saúde. O sucesso de uma unidade de serviço hospitalar depende, então, de um desempenho harmonioso e de cooperação entre todos os sujeitos envolvidos: o paciente, a equipe, os gestores e a família (BRASIL, 2013).

Nas Unidades Neonatais (cenário do presente estudo) os profissionais dividem espaço com os recém-nascidos e com toda a variedade de equipamentos necessários para o suporte de suas vidas. Nesse ambiente, a rotina é muito intensa e desgastante, por isso é necessário que se reflita sobre as condições de trabalho nessas unidades. A cooperação depende de todos os profissionais da equipe com o foco no plano terapêutico da criança e, ainda, colaboram para o sucesso do tratamento todos os elementos da unidade: ambientais, físicos e materiais. As atividades das equipes multiprofissionais devem desenvolver-se de maneira organizada e dinâmica, uma vez que desfechos satisfatórios da assistência à criança dependem da atuação correta de cada um dos indivíduos da equipe (PIVA; GARCIA, 2005).

Em uma unidade neonatal atuam profissionais de várias formações e especialidades, e cada um deles detém um tipo de conhecimento importante no cuidado com o recém-nascido (RN). Entre eles há as seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.

Lamy Filho (2003) descreve que os auxiliares e técnicos de enfermagem são os profissionais que mais convivem com os recém-nascidos e com seus familiares, em sua maioria, mulheres. Esses profissionais são responsáveis pela organização dos berços e incubadoras onde ficam os pacientes, pela administração de medicamentos, verificação dos sinais vitais (como temperatura), fazem a higiene, dão banhos e a alimentação. É a categoria em maior número dentro de uma unidade neonatal, trabalhando em turnos de plantão geralmente de 12 horas.

O enfermeiro forma outra categoria profissional que supervisiona, coordena e organiza as tarefas de rotina do setor, e geralmente é a pessoa que mais entende do funcionamento da unidade. Também trabalha em turnos de plantões, porém além do enfermeiro plantonista existe o que está presente na unidade todos os dias em um turno, chamado diarista. O médico pediatra é outro componente da equipe, em sua maioria são neonatologistas, pois possuem especialização em atenção a recém-nascidos. Ele é responsável por examinar e prescrever o tratamento para os pacientes, e é o que tem a compreensão mais profunda sobre os problemas de saúde

do bebê; também trabalha em escalas de plantão, devendo haver simultaneamente, ainda, um médico diarista (LAMY FILHO, 2013).

Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos são os profissionais que permanecem a maior parte do tempo dentro da unidade neonatal, e que são diretamente ligados aos pacientes – porém, outros profissionais são importantes no funcionamento das unidades de cuidado neonatal. O assistente social procura obter informações a respeito da vida da família, suas condições sociais e dificuldades, e intervém esclarecendo à família quanto aos órgãos que podem ser acionados caso surja alguma necessidade durante a internação do bebê. O psicólogo trabalha no apoio aos pais e parentes, ajudando a superar momentos difíceis de ansiedade e insegurança. O fisioterapeuta, por sua vez, intervém na estimulação motora e respiratória, e o fonoaudiólogo facilita a sucção, o estímulo oral, a deglutição e a amamentação (LAMY FILHO, 2003).

### **2.3 Visita Multiprofissional: questões de aprendizagem e melhoria nas práticas assistenciais**

Com a progressão do conhecimento científico e o avanço das novas tecnologias em âmbito hospitalar, os profissionais de saúde necessitam aprimorar suas competências e conhecimentos para prestar uma assistência adequada aos pacientes e para se manterem atualizados junto ao mercado de trabalho. Juntamente com essa exigência de atualização profissional há uma reordenação na graduação e pós-graduação dos cursos voltados para a área da saúde que têm mobilizado reflexões sobre a necessidade do trabalho em equipe e de práticas interprofissionais (ARAUJO *et al.*, 2017). O modelo biomédico de assistência à saúde também se expande pelo ensino dos cursos superiores, onde pouco se estuda e se pratica a multiprofissionalidade.

O princípio da integralidade é uma das diretrizes do SUS e está diretamente relacionado com essa noção de equipe multiprofissional, pois a atenção à saúde só será integral se realizada com a contribuição de profissionais de diferentes formações e especialidades. Porém, apesar dessa constatação, a fragmentação do cuidado e da assistência ao paciente é comum na prática hospitalar.

Para Costa, Enders e Menezes (2008, p. 530), o trabalho em equipe multiprofissional visa transformações na organização do trabalho que “interferem no

processo saúde-doença da população a partir da maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem”. Os trabalhadores responsáveis por ações de promoção de saúde e prevenção de doenças devem incorporar à prática cotidiana o trabalho em equipe centrado na integralidade da atenção para responder à complexidade dos problemas de saúde. As bases das políticas públicas têm como objetivos a qualificação profissional e a adoção da integralidade como eixo orientador das práticas e organizações dos serviços, que vislumbram o desenvolvimento da responsabilização e autonomia dos profissionais de saúde em prol da ampliação e melhoria da assistência.

Cabe destacar as distinções conceituais de alguns termos. Alvarenga *et al.* (2013) consideram a multiprofissionalidade como uma estratégia que orienta e possibilita a assistência integral e a diferencia do termo interprofissionalidade. A multiprofissionalidade é a justaposição de disciplinas distintas e cada profissional atua de acordo com o seu saber especializado, o que traz, mais comumente, a fragmentação do cuidado. Por outro lado, a interprofissionalidade está vinculada a noção do trabalho em equipe propriamente dito, implicando na interação de disciplinas que refletem na integração da assistência.

Interprofissionalidade não significa somente trabalhar no mesmo ambiente ou estar junto em alguma atividade ou ação; é, sim, uma estratégia de trabalho que tem por finalidade melhorar a qualidade da atenção à saúde a partir do trabalho efetivo em equipe. Nessa perspectiva de se estabelecerem relações mais colaborativas entre os profissionais, assegura-se maior segurança ao paciente e se reduzem os erros profissionais, bem como os custos do sistema de saúde (COSTA, 2016).

De acordo com Bruscato *et al.* (2004), o trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o paciente de maneira independente. O trabalho geralmente é coordenado pelo médico que é responsável pela decisão do tratamento, e os outros profissionais vão se adequar à demanda do paciente e às decisões do profissional de medicina. Embora se reconheça a importância do trabalho em equipe, a prática rotineira é da subordinação dos profissionais de saúde ao modelo biomédico (busca e combate da doença) e a subordinação dos profissionais não-médicos ao profissional médico (PEDUZZI, 2001). Esse modelo de assistência exercida de forma hegemônica pelo médico era muito comum há algumas décadas, porém parte da assistência à saúde dos pacientes se tornou função de outros profissionais que foram inseridos gradativamente nas equipes de saúde.

Almeida Filho (1997) traz dois conceitos: interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. O primeiro diz respeito à horizontalização das relações entre os profissionais, exigindo a identificação de uma problemática comum e construindo uma plataforma de trabalho conjunto que gera aprendizagem mútua. A transdisciplinaridade traz um conceito mais amplo que se baseia na possibilidade de comunicação entre os agentes de cada área (e não entre as disciplinas), e através da circulação não dos discursos, mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos; preocupa-se, assim, com a interação entre as disciplinas envolvendo os aspectos da complexidade humana que exige conectar os laços entre a genética, o biológico, o psicológico e o social.

Peduzzi (2001) afirma que as diferentes áreas profissionais de saúde são complementares e interdependentes, uma vez que cada um desses trabalhos tem especificidades nos respectivos saberes, ações e tecnologias. O trabalho multiprofissional, portanto, refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem se integrar preservando as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho. A autora apresenta, ainda, dois modos de dinâmica para o trabalho em equipe: a equipe integração, em que há uma costura de práticas e intercâmbio entre os trabalhadores; e a equipe agrupamento, na qual se observa simplesmente uma sobreposição de práticas.

No contexto hospitalar, há vários fatores que influenciam o trabalho em equipe. Bruscato *et al.* (2004) dividiram esses fatores em cinco categorias: a) fatores extra-hospitalares; b) fatores intra-hospitalares; c) fatores relativos ao trabalho; d) fatores relativos ao grupo; e, e) fatores relativos ao indivíduo. No estudo de Anjos Filho e Souza (2017) foi encontrado como obstáculo para o trabalho em equipe o fato de que a concepção do trabalho multiprofissional não se mostra compartilhada do mesmo modo por todos os membros, bem como que a falta de compreensão da importância das atividades referentes às diversas categorias profissionais dificulta a realização desse trabalho. O trabalho em equipe multiprofissional se insere no contexto da organização do trabalho e o sucesso também depende do sistema hierárquico e das modalidades de comando e controle (BRASIL, 2013). Peduzzi (2001) cita, ainda, a carência de profissionais, em termos qualitativos e quantitativos, para que se possa estabelecer um plano de ação multiprofissional interdisciplinar.

O atual sistema de saúde no Brasil preconiza a interdisciplinaridade, e para que ela ocorra há a necessidade de interação e comunicação entre os profissionais por

meio de seus diferentes saberes. Entretanto, geralmente a equipe tem dificuldades de relacionamento em virtude da fragmentação do trabalho que ocorre devido aos diferentes níveis hierárquicos, ocasionando contradições na aplicação das técnicas particulares de cada profissional. Sendo assim, é necessária que as prioridades e os objetivos da instituição de saúde sejam bem claros; desta forma, as ações interdisciplinares precisam ser pensadas em função das necessidades dos usuários, não se limitando apenas ao papel de cada profissional (BRASIL, 2013). Segundo Prado, Heidemann e Reibnitz (2012) a organização dos processos de trabalho devem dar prioridade ao atendimento compartilhado para que a intervenção seja interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidades, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. Deve-se dar ênfase aos estudos e discussão de casos clínicos, realização do projeto terapêutico singular e criação de espaços para reuniões multidisciplinares.

Um espaço para discussão de situações vivenciadas no dia a dia é um método eficaz para melhorias nas condições de trabalho para a equipe e para o manejo do paciente. A experiência da discussão clínica compartilhada entre as equipes (neste estudo chamada de visita multiprofissional) tem mostrado resultados positivos, inclusive em relação a problemas de relacionamento entre os profissionais. As dúvidas e os questionamentos podem ser respondidos de forma imediata para não se correr o risco de uma intervenção falhar ou ser equivocada. A inclusão de diferentes especialidades nas discussões traz uma integração maior do grupo de trabalho e possibilita uma abordagem mais padronizada e integral ao paciente (BRASIL, 2013).

Antes da prática da visita multiprofissional, a visita médica já ocorria, caracterizada como uma atividade de rotina diária, historicamente instituída e que foi exclusiva da prática e do ensino da profissão médica por séculos. Nesta atividade, um médico dirige um grupo de estudantes e outros profissionais menos experientes na discussão sobre a saúde do paciente (CEBALLOS BARRERA *et al.*, 2014). A mudança do modelo de visita centrado no profissional médico para o modelo interdisciplinar trouxe maior interação entre os saberes profissionais, e promoveu maior participação e envolvimento dos membros da equipe garantindo um cuidado mais seguro ao paciente (GUZINSKIA *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde traz o termo Visita Técnica Multidisciplinar, como consta nos manuais do HumanizaSUS e Visita Multiprofissional no Método Canguru. A

prática, independente da denominação, tem o mesmo sentido de trabalho de integração da assistência, ou seja, na intenção de interprofissionalidade.

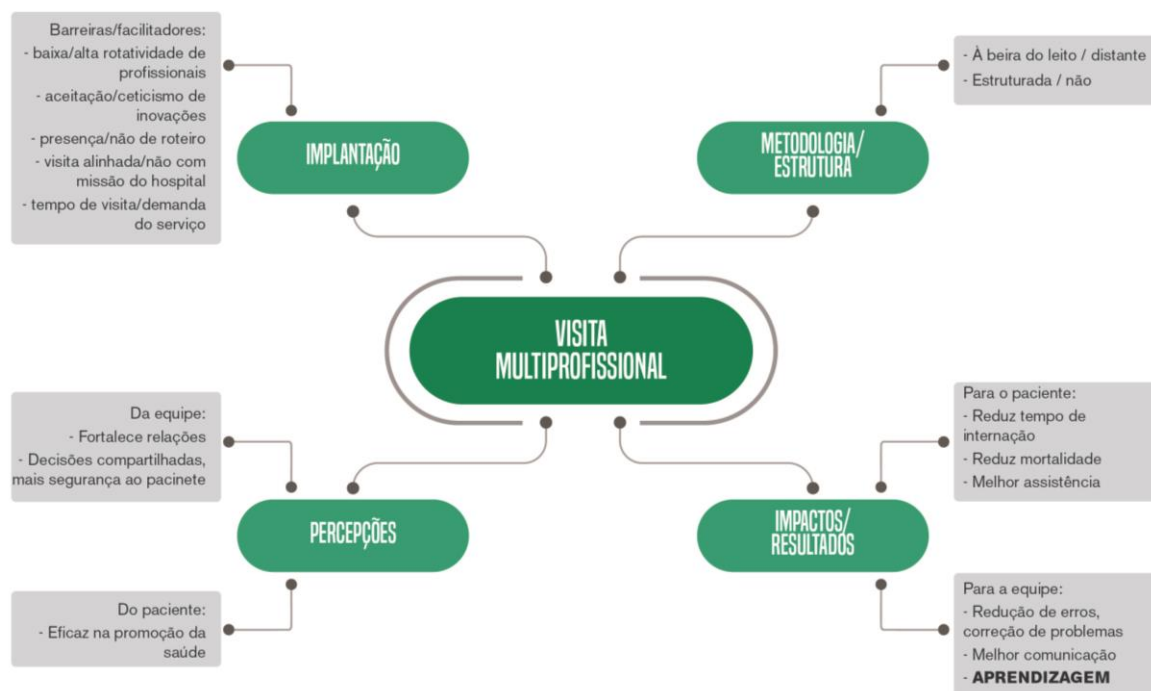
Uma revisão de literatura acerca do tema da visita multiprofissional foi realizada pela autora com o objetivo de investigar sobre a temática, buscando conceitos, metodologias e cenários de aplicação, assim como seus impactos e resultados (Anexo 1). As bases de dados consultadas foram as da Biblioteca Virtual em Saúde e o Portal de Periódicos da CAPES. Após o refinamento da busca (artigos com recorte temporal entre 2009 e 2019, e somente em português e inglês), pela análise do título e das palavras-chave e, posteriormente, dos resumos, restaram 21 artigos cuja proposta coincidia com os objetivos da revisão.

Pela análise do material encontrado, a primeira evidência que chamou atenção foi a escassez de artigos de publicação brasileira, uma vez que, dos 21 artigos mapeados, 19 eram estudos estrangeiros. Na literatura brasileira, poucos são os relatos de experiências interdisciplinares desenvolvidos no campo da prática assistencial em saúde. Consoante Borges, Sampaio e Gurgel (2012), essa evidência atenta para as dificuldades que a interdisciplinaridade tem enfrentado no Brasil para efetivar-se na prática, assim como pelo fato de os profissionais não estarem habituados a relatar suas experiências, dificultando a articulação da teoria com a prática para que se promova o avanço da perspectiva de atuação interdisciplinar.

O número de produções que discute a visita multiprofissional se manteve estável entre 2009 a 2016, tendo uma significativa prevalência entre os anos de 2017 e 2018, quando se concentrou quase a metade dos artigos analisados. Esse resultado indica que essa temática tem aparecido com mais frequência nos últimos anos, o que demonstra o interesse crescente pelo tema e a sua relevância no âmbito científico atual. Salienta-se que, enquanto na literatura estrangeira a visita multiprofissional já aponta evidências de resultados e impactos positivos, no Brasil ainda está se discutindo o trabalho em equipe, portanto, essa temática ainda é um campo promissor de estudos.

A partir da leitura dos artigos construiu-se um panorama com a identificação dos temas mais frequentes e conceitos sobre visita multiprofissional conforme indicado na Figura 1.

**Figura 1.** Mapa conceitual com os achados principais da revisão dos artigos



Fonte: elaborado pela autora (2019).

O artigo escrito por Hendricks *et al.* (2017) relatou o processo de implantação da visita multiprofissional com suas barreiras e elementos facilitadores. A alta ou a baixa rotatividade dos membros da equipe, a aceitação de inovações, a valorização ou o ceticismo sobre a prática foram identificados como facilitadores ou barreiras para a implantação da prática. O contexto e a estrutura organizacional também foram importantes, pois a visita deve estar alinhada a missão do hospital, assim como o tempo gasto deve ser adequado para não prejudicar as demandas do serviço. A visita de forma não estruturada, ou seja, que não seguiu um roteiro definido, foi considerada uma barreira já que demandava maior tempo para ser realizada. Os autores concluíram, então, que os gestores devem sempre ter o conhecimento desses facilitadores e dessas barreiras para o processo de planejamento da implantação das visitas multiprofissionais.

Alguns artigos analisados apresentaram as percepções da equipe participante da visita multiprofissional. Prystajeky *et al.* (2017) identificaram que os objetivos dos membros da equipe, ao participarem da visita multiprofissional, eram a perspectiva de promover a tomada de decisão compartilhada e o fortalecimento das relações interprofissionais. Beaird *et al.* (2017) estudaram a visão dos pacientes sobre os resultados da visita e encontraram que o trabalho em equipe na visitação à beira do

leito foi reconhecido pelos próprios pacientes como prática eficaz na promoção de sua saúde, e que lhes trazia mais satisfação.

Bhamidipati *et al.* (2016) realizaram uma revisão de literatura para tentar identificar tipos de visitas multidisciplinares. Os referidos autores relataram que não há uma definição clara para a visita multiprofissional na literatura e identificaram diferentes modelos de visitas, assim como variações na composição da equipe. Basicamente, dois modelos são citados: visita à beira do leito do paciente e reunião da equipe interdisciplinar longe do paciente. Na visita à beira do leito há a possibilidade de envolvimento da família e do próprio paciente na discussão, e maior entendimento do seu quadro clínico pela observação direta e em tempo real desse paciente, tornando-se o modelo preferido.

No que diz respeito à visita multiprofissional à beira do leito do paciente, Cao *et al.* (2018) mencionam que há com esse modelo uma maior eficiência e interesse da equipe. Der (2009) explica, em seu artigo, o modo como é feita a visita multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva onde é diretora; segundo a autora, primeiramente o caso do paciente é apresentado e discutido em frente ao quarto do paciente e, após esse momento, os profissionais – médico, enfermeiro, fisioterapeuta e nutricionista – entram no quarto e a discussão é continuada à beira do leito, onde os membros da equipe podem ver o paciente e envolver ele e a família no plano de cuidados.

Spaner *et al.* (2017) propuseram reuniões diárias para a equipe compartilhar informações e desenvolverem planos de cuidados para os pacientes, incorporando o uso de ferramentas padronizadas de avaliação para melhor focar e direcionar as discussões, como um roteiro para ser seguido durante a reunião, que também serviria para documentar a prática no prontuário do paciente. Essa forma de organização da visita multiprofissional é denominada estruturada.

Carrias *et al.* (2018), em seus estudos em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital público no Brasil, propõem a visita multiprofissional humanizada. Essa forma de visita acontece com a participação de médico, enfermeiro, psicólogo e fisioterapeuta. A equipe, então, realiza o acolhimento, a avaliação e o preparo psicológico, bem como presta orientações aos familiares antes de ocorrer a visita. É realizado o acompanhamento do familiar ou visitante até a beira do leito onde são repassadas, pelo médico, informações sobre a evolução clínica do paciente; é, também, discutido o caso com a família e a equipe multiprofissional a fim de propiciar a melhor terapêutica.

Os resultados e impactos da visita multiprofissional podem ser vistos na assistência e na promoção da saúde do paciente, como também na equipe de trabalho. Goldman, Demaso e Kemler (2009) afirmam haver possibilidade de melhoria do atendimento ao paciente em 80% dos casos com a intervenção da visita multiprofissional; isso acontece por meio da diminuição de erros de diagnóstico e correção de problemas de comunicação entre a equipe. As evidências de Urisman, Garcia e Harris (2018) sustentam a ideia crescente de que as visitas interdisciplinares melhoram o trabalho em equipe e têm um impacto positivo na qualidade da prestação de assistência ao paciente.

Melhorias estatisticamente significativas relacionadas às visitas multiprofissionais são vistas na redução da mortalidade, do tempo de permanência hospitalar, dos erros de medicação e dos custos de hospitalização, assim como na melhoria da satisfação da equipe e do paciente (ASHCRAFT *et al.*, 2017). Kim *et al.* (2010), em seu estudo de coorte retrospectivo realizado em 2005 e 2006 em Unidades de Terapia Intensiva na Pensilvânia (Estados Unidos), também identificaram que visitas diárias realizadas por uma equipe multiprofissional estão associadas à redução da mortalidade entre os pacientes, à diminuição dos eventos adversos e à melhoria na comunicação entre os profissionais. Portanto, os referidos autores afirmam que a incorporação de visitas diárias multidisciplinares dentro das unidades hospitalares deve ser considerada como uma estratégia para o alcance de resultados positivos.

Reuniões multidisciplinares permitem trocas de informações em tempo real e presenciais, deixando claro para todos quais são os objetivos e o plano de atendimento de cada paciente. A educação é um componente importante das reuniões multidisciplinares, uma vez que todo membro da equipe tem a chance de fornecer seus conhecimentos e apresentar suas práticas (DER, 2009). Segundo Alvarenga *et al.* (2013), a interdisciplinaridade forma laços sociais entre a equipe para que haja troca entre os profissionais e, com isso, surja o aprendizado.

Através da visita multiprofissional a aprendizagem se torna mais efetiva, contribuindo para a construção do saber e disseminação do conhecimento (NEVES, 2017).

Pode-se entender aprendizagem como um processo capaz de promover mudanças permanentes ou transitórias nos seres humanos. Para isto, há necessidade de processos fundamentais incluindo o conteúdo aprendido, o incentivo e o contexto da aprendizagem. A busca pelo conhecimento está relacionada às motivações; a

aprendizagem é a resposta a uma situação de insatisfação ou necessidade, e através dela são criadas condições para o indivíduo ampliar a humanização, evoluir e renovar-se, “transformando-se em um ser social e humano mais digno e feliz” (PRESTES; CATÃO, 2016, p. 157).

Neste direcionamento, Vigotski (1989; 1999) expressa que o desenvolvimento do ser humano se dá por bases sócio-históricas e, juntamente com a linguagem, a emoção e a consciência, os significados são elaborados, sendo produzidos nos processos de aprendizagem. A aprendizagem é fundamental ao desenvolvimento dos processos internos que ocorrem na interação entre as pessoas, com a cultura no movimento da história. A relação sujeito e contexto produz o desenvolvimento e gera a aprendizagem.

À luz da Psicologia Sócio-histórica a aprendizagem é baseada na relação do sujeito com o mundo; é o processo de organização das informações e configuração do conhecimento na estrutura cognitiva. Isto é, para que a aprendizagem no âmbito hospitalar ocorra é essencial que se concretize essa relação dos profissionais entre si e com o meio que os cerca. (PRESTES; CATÃO, 2016; VIGOTSKI, 1999; BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002)

Com base na teoria da aprendizagem organizacional de Peter Senge (2010), entende-se que, por intermédio da prática do domínio pessoal, as capacidades e potencialidades são expandidas, criando-se um ambiente organizacional que estimule as metas eleitas por todos. A aprendizagem em equipe produz a transposição das habilidades individuais de uma simples soma do individual para a integração dos saberes e fazeres de todo o grupo. Tendo em vista tais considerações, é importante destacar também o pensamento sistêmico que concebe novas maneiras de análise e de criação de novos campos significativos para melhor compreensão e descrição das inter-relações e dos impulsos atuantes nos diversos comportamentos dos próprios sistemas, orientando as pessoas a pensarem e agirem de modo sistêmico para aprenderem e sobreviverem. Senge (2010, p. 27-28), em seus estudos, cita as organizações aprendentes que são:

organizações nas quais as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar resultados que realmente desejam, em que se estimulam padrões de pensamento novos e abrangentes, a aspiração coletiva ganha liberdade e as pessoas aprendem continuamente a aprender juntas.

Presume-se que uma unidade hospitalar é uma organização aprendente, e que seus profissionais devem concretizar a aprendizagem em seus níveis individual, grupal e organizacional. É necessário, neste sentido, transmitir conhecimentos e aprendizagens aos profissionais com o propósito de tornar melhor a assistência à saúde (NEVES, 2013).

A educação na saúde é um grande desafio para o SUS, uma vez que os profissionais de saúde apresentam fragilidades nas questões de formação e aprendizagem. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) entra nesse contexto como estratégia para suprir as carências educacionais dos trabalhadores da saúde já inseridos no mercado de trabalho. Essa política tem como características a descentralização, a horizontalidade, a transdisciplinaridade e o incentivo de técnicas de ensino e aprendizagem problematizadoras (BRASIL, 2018). Martini e Verdi (2012) afirmam que as demandas de capacitação devem ser identificadas conforme as carências de cada serviço, assegurando, desse modo, a aplicabilidade e a conveniência dos conhecimentos apreendidos segundo os interesses da equipe.

A aprendizagem pela problematização é uma característica importante na PNEPS. Ceccim (2005) menciona que, para muitos educadores, a educação permanente em saúde é um desdobramento da educação popular e da educação de jovens e adultos, divulgadas e incentivadas pelo educador Paulo Freire. Esses métodos problematizadores de ensino-aprendizagem, de acordo com Martini e Verdi (2012), são importantes para as equipes multiprofissionais, e devem estar associadas à aprendizagem com significados, promotora de sentidos para os aprendentes desenvolverem a capacidade de transformar as práticas profissionais por meio da reflexão crítica sobre a atuação de cada profissional, incorporando a troca de conhecimentos em suas relações de trabalho.

Reeves (2016) apresenta diferentes métodos de aprendizado utilizados na educação interprofissional em saúde: aprendizado baseado em observação, em problemas e na prática clínica. Todos esses métodos estão presentes na visita multiprofissional à beira do leito, o que pode tornar a experiência mais estimulante para um maior nível de aprendizado.

A visita multiprofissional hospitalar ajuda na construção e na disseminação do conhecimento no ambiente de trabalho, trazendo reflexos positivos na assistência multiprofissional de alta complexidade. Neves (2017) incentiva a realização das visitas

multiprofissionais como ferramenta capaz de envolver a equipe em prol da assistência humanizada à saúde do neonato. Por meio dessa visita, a comunicação e a aprendizagem se tornam mais efetivas, contribuindo para a construção do saber e disseminação do conhecimento. No relato de experiência apresentado pela referida autora, a visita multiprofissional em UTIN foi apresentada como estratégia de educação permanente em saúde com o objetivo de qualificação profissional e melhorias na assistência. Nesse estudo, a visita multiprofissional foi realizada no próprio setor junto ao leito do paciente; o médico responsável pelo neonato realizava a exposição prévia do caso e, posteriormente, cada profissional poderia expor suas ideias e opiniões sobre a assistência ao recém-nascido. Se algum problema fosse identificado durante a visita, o grupo todo era questionado sobre as possibilidades de solução em uma tentativa de produção colaborativa do saber e participação multiprofissional crítica e reflexiva.

A visita multiprofissional pode ser uma estratégia de aprendizagem pressupondo que a busca pelo conhecimento das equipes multiprofissionais precisa partir da aprendizagem com significados, promovendo e produzindo sentidos para todos os seus protagonistas. Nessa perspectiva, as abordagens devem ser capazes de transformar as práticas profissionais em saúde com base na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais, ou seja, consiste em aprendizagens no trabalho, incorporando o saber e o ensinar ao cotidiano das equipes.

As demandas de capacitação, portanto, devem ser identificadas de acordo com as necessidades de cada serviço, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conhecimentos apreendidos nos espaços de intervenção de cada equipe. Essa lógica propõe que a aprendizagem se desenvolva em um processo descentralizado e transdisciplinar que propicie a democratização e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem de cada profissional envolvido, potencializando o desenvolvimento de estratégias para uma melhor qualidade do cuidado por meio do trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2013).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2004, p. 16). Com essa concepção, entende-se que a metodologia deve ser demonstrada de forma clara e coerente para orientar a pesquisa.

Inicialmente, foi feita uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de investigar o estado da arte sobre a visita multiprofissional, buscando conceitos e cenários de aplicação, assim como seus impactos e resultados. O levantamento foi feito com os seguintes descritores: ‘visita multidisciplinar’, ‘visita multiprofissional’, ‘visita’ + ‘multiprofissional’ e ‘visita’ + ‘multidisciplinar’. As bases de dados consultadas foram o Portal de Periódicos da CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando como refinamento da busca o recorte temporal de dez anos (2009-2019), com artigos em inglês e português (tabelas 1 e 2).

**Tabela 1.** Levantamento de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde

| DESCRIPTOR                     | QUANTIDADE DE ARTIGOS | QUANTIDADE APÓS REFINAMENTO * |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| “visita multiprofissional”     | 2                     | -                             |
| “visita multidisciplinar”      | 1                     | -                             |
| “visita” + “multiprofissional” | 427                   | 218                           |
| “visita” + “multidisciplinar”  | 116                   | 59                            |

Fonte: elaborado pela autora a partir do acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (2019).

**Tabela 2.** Levantamento de artigos no portal de Periódicos da CAPES

| DESCRIPTOR                     | QUANTIDADE DE ARTIGOS | QUANTIDADE APÓS REFINAMENTO |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| “visita multiprofissional”     | 1                     | -                           |
| “visita multidisciplinar”      | 5                     | -                           |
| “visita” + “multiprofissional” | 281                   | 159                         |
| “visita” + “multidisciplinar”  | 692                   | 149                         |

Fonte: elaborado pela autora a partir do acesso ao Portal de Periódicos da CAPES (2019).

Após refinamento da busca e análise dos resumos dos artigos, foram excluídas as publicações que não tratavam de visita multiprofissional em saúde como tema principal, as que não contemplavam o ambiente hospitalar e as que se repetiam nas duas bases de dados. Restaram 21 artigos de interesse para a pesquisa. Os resultados dessa revisão sistemática de literatura encontram-se no referencial teórico item 2.3.

### **3.1 Considerações Éticas**

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, vinculado à Universidade Federal da Paraíba, localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley, com o parecer nº 3.845.070, CAAE: 26411919.7.0000.5183 (ANEXO 2).

Antes da coleta dos dados, prestaram-se aos sujeitos os esclarecimentos pertinentes à natureza e aos objetivos da pesquisa, asseguraram-se a voluntariedade da participação e a preservação da identidade dos informantes. Foi disponibilizado, aos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para leitura e saneamento de dúvidas (APÊNDICE 1).

### **3.2 Caracterização da Pesquisa**

O estudo é de abordagem qualitativa, descritivo e participante. Minayo (2004) explica que a pesquisa qualitativa possibilita o aprofundamento nos significados das ações e relações humanas, preocupando-se com o nível de realidade que não pode ser apenas quantificado.

Segundo Triviños (1987, p. 110), o estudo descritivo pretende “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”. As características físicas e sociais do meio fazem com que os sujeitos tenham traços peculiares, por isso deve-se compreender a conduta humana sempre ligada ao contexto em que está inserida. Assim, foram observadas e descritas todas as características da unidade hospitalar envolvida, bem como as práticas desenvolvidas pelos profissionais da equipe, seus valores, suas relações e os problemas enfrentados.

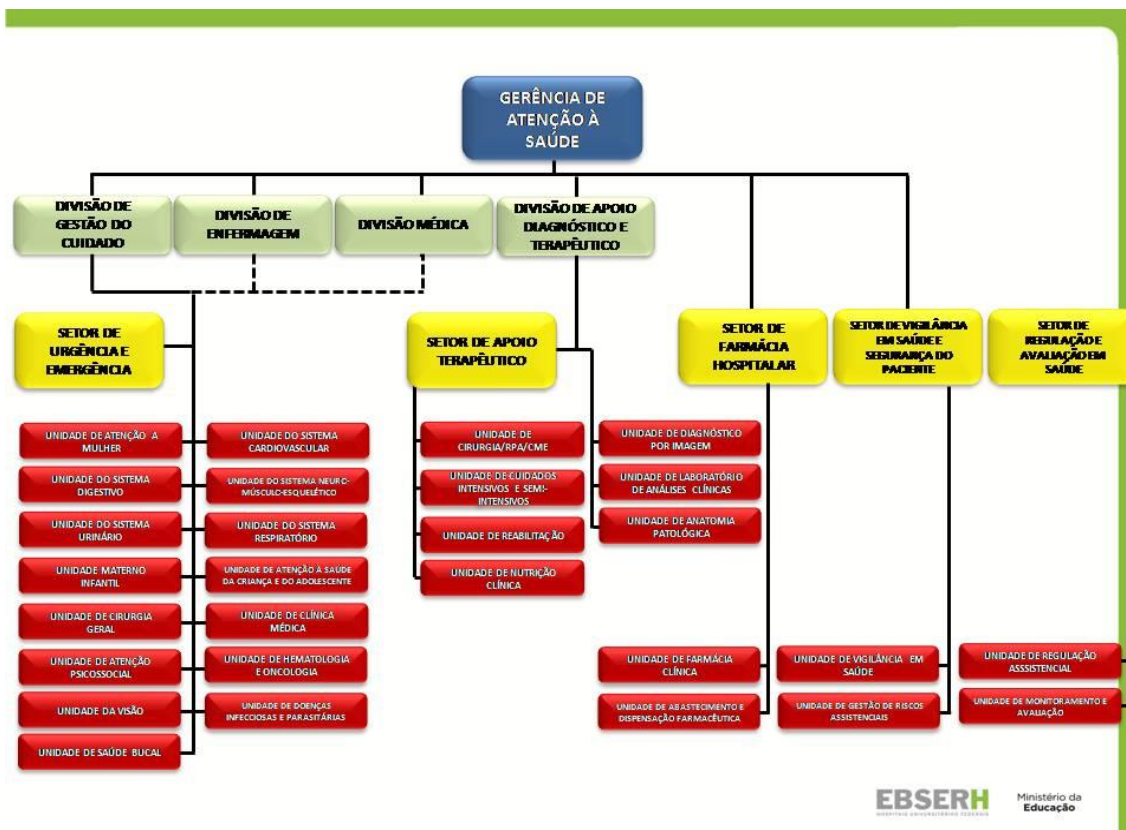
Por meio da observação participante, a pesquisadora envolveu-se na realidade que investiga já que faz parte da equipe de profissionais da unidade hospitalar estudada. Triviños (1987, p. 142) afirma, ainda, que “na pesquisa qualitativa participante, o investigador, sem dúvida, é um sujeito engajado no processo de melhoria de vida de algum grupo ou comunidade”. O mesmo autor salienta, também, que o pesquisador, mesmo pertencente à área dos sujeitos da pesquisa, enfrenta uma realidade da qual precisa tomar consciência, precisando penetrar na cultura desse ambiente de estudo para realizar um trabalho científico.

### 3.3 Cenário

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley. O HULW é o hospital-escola da Universidade Federal da Paraíba, vinculado ao Ministério da Educação. Foi fundado em 1980 e está situado no *Campus* Universitário I, bairro Castelo Branco, no município de João Pessoa. O hospital representa a estrutura de saúde de referência para o Estado da Paraíba, oferecendo as especializações *Lato Sensu* em Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia e Terapia Intensiva e Doenças Infectocontagiosas, além de disponibilizar campo de prática na profissionalização dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Comunicação Social, entre outros. Ele é formado por uma única unidade dividida em duas áreas: ambulatorial e hospitalar.

A área hospitalar de internação oferece assistência em diversas clínicas, algumas com reconhecimento pelos bons serviços prestados, como por exemplo as unidades neonatais e pediátricas que, em novembro de 2019, trouxeram ao HULW o título de Hospital Amigo da Criança, o que atesta a qualidade da assistência. A área de neonatologia fica atrelada a Unidade Materno Infantil conforme observado na Figura 2, e oferece os serviços de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (ambiente da presente pesquisa), Unidade Canguru e alojamento conjunto. A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) do HULW localiza-se no terceiro andar e possui seis leitos todos no mesmo ambiente. Essa UCINCo tem, em média, 25 recém-nascidos internados por mês.

**Figura 2.** Organograma da Gerência e Atenção à Saúde do HULW



Fonte: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/organograma>. Acesso em: 28 dez. 2019.

### 3.4 Seleção dos Sujeitos

Triviños (1987) afirma que o pesquisador seleciona os sujeitos de maneira intencional, de modo que representem o grupo em que estão inseridos, considerando a facilidade de acesso a esses sujeitos, o tempo que eles têm disponível para as entrevistas e a importância de seus relatos para contribuir com o esclarecimento do tema.

Na UCINCo do HULW atuam 54 profissionais de oito áreas de atuação: três assistentes sociais, nove enfermeiros, três fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, 14 médicos, um nutricionista, um psicólogo e 22 técnicos de enfermagem. O trabalho realizado pelos profissionais na UCINCo é em regime de plantão; há duas escalas de trabalho diário, cada uma com 12 horas. A escala diurna (de 7 h até às 19 h) conta com: um assistente social, dois enfermeiros (sendo um diarista), um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, dois médicos (sendo um diarista), um nutricionista, um psicólogo e três técnicos de enfermagem. A escala noturna (das 19 h até às 7 h do dia seguinte) é formada por um enfermeiro, um médico e três técnicos de enfermagem.

No momento da observação participante, os sujeitos observados foram os profissionais que estavam presentes no plantão do dia escolhido para a coleta de dados. Os sujeitos participantes da entrevista semiestruturada foram um profissional de cada área de atuação que prestam assistência aos recém-nascidos internados na UCINCo, perfazendo um total de oito entrevistados.

Os critérios de inclusão para responder ao questionário semiestruturado foram: trabalhar na UCINCo ao menos três vezes na semana e trabalhar no setor, no mínimo, há um ano. Os critérios de exclusão foram: possuir menos que um ano de experiência no setor, trabalhar na unidade somente em plantões noturnos e menos de três vezes durante a semana, e a recusa em participar do estudo.

### **3.5 Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi feita por meio da observação participante, pois a pesquisadora é profissional pertencente ao mesmo grupo e setor estudado. Nesse tipo de abordagem o pesquisador coleta os dados participando do grupo, observando as pessoas e o seu comportamento em situações de sua vida rotineira (MINAYO, 2004). Para Freitas (2002), na observação encontram-se discursos verbais, gestos e expressões variados que refletem a realidade dos sujeitos e seu contexto social. É esse enfoque sócio-histórico que faz o pesquisador ter ideia da relação do indivíduo com a coletividade.

A estrutura e o ambiente da UCINCo foram descritos e as práticas dos profissionais da unidade foram observadas, assim como as relações entre os membros da equipe, sempre com o enfoque na observação de trabalho multiprofissional. A coleta dos dados foi realizada nos turnos da manhã, em cinco dias distintos e não consecutivos, totalizando 30 horas de observação participante. Alguns profissionais estiveram presentes na unidade somente no período diurno: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista.

É durante o plantão diurno, mais especificamente no período da manhã, que são realizadas as visitas de todos os profissionais e são tomadas as condutas cabíveis – por esse motivo a opção foi realizar a observação dos sujeitos no período da manhã. Procurou-se responder as seguintes questões durante a observação: há trabalho em equipe multiprofissional na unidade? Em que momentos e como esse trabalho em equipe é realizado? Como é a rotina da equipe quanto a discussão dos casos? Para

tanto, um diário de campo foi utilizado como ferramenta de trabalho na aplicação dessa técnica, no qual a pesquisadora registrou suas observações para posterior análise.

Em um segundo momento foi realizada uma entrevista semiestruturada com os oito profissionais selecionados. Triviños (1987) entende por entrevista semiestruturada aquela que faz questionamentos apoiados em teorias e hipóteses, cujas interrogativas vão surgindo conforme as respostas do entrevistado. Consoante Freitas (2002, p. 29), na entrevista “é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade do seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social”.

Ao utilizar a entrevista, valoriza-se a presença do pesquisador e permite-se ao pesquisado a espontaneidade e liberdade de pensamento necessárias para o desenvolvimento da pesquisa. Ressalta-se, ainda, que os questionamentos da entrevista são resultantes das experiências ou vivências do investigador juntamente com a fundamentação na teoria (TRIVINÓS, 1987).

A entrevista semiestruturada foi aplicada acompanhada de um questionário sócio-demográfico, realizada de forma individual em uma sala com privacidade. Os dados sócio-demográficos levantados foram: idade, sexo, área profissional e tempo de serviço na UCINCo. O roteiro da entrevista (APÊNDICE 2) apresentou as seguintes questões norteadoras: 1) Descreva suas práticas em equipe na UCINCo; 2) Quais reflexões podem ser feitas sobre as práticas em equipe multiprofissional na UCINCo?; 3) O que você entende por visita multiprofissional?; 4) Quando falo: visita multiprofissional e questões de aprendizagem, o que lhe vem?; e, 5) Quais suas sugestões para a implantação da prática no setor?

As entrevistas foram gravadas e suas transcrições feitas na íntegra para posterior análise.

### **3.6 Procedimentos de Análise dos Dados**

Os dados coletados foram avaliados pela análise de conteúdo, que é uma das técnicas mais utilizadas nos estudos das ciências sociais e humanas. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, pela descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferência às condições de produção e

recepção destas mensagens. Caracteriza-se, assim, como um método de tratamento da informação contida nas mensagens.

A análise do conteúdo é uma técnica metodológica adequada para analisar entrevistas e discursos para se compreender e inferir novos conhecimentos a partir dos relatos dos sujeitos (CATÃO, 2001). “A análise de conteúdo tem por objetivo a compreensão crítica do sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CATÃO, 2001, p. 79). A técnica reduz o volume de informações a categorias conceituais que permitem a interpretação do sentido do conteúdo dos elementos descritivos.

Seguindo as orientações de Vala (2003), para se proceder à análise do conteúdo das entrevistas, primeiramente, deve haver a definição dos objetos e um levantamento de referencial teórico para, posteriormente, fazer a constituição do *corpus* do estudo. Após essa etapa inicial, é feita uma classificação e categorização dos elementos e conceitos presentes no *corpus* para que esses elementos sejam identificados, simplificados e atribuído a eles um sentido.

Cada categoria é composta por um termo chave que indica um significado central do conceito que se quer estudar. As categorias de análise de conteúdo devem passar por um teste de validade para garantir que todas as unidades de registro possam ser colocadas em uma das categorias. Após essa etapa, são definidas as unidades de análise que podem ser de três tipos: unidade de registro, unidade de contexto e unidade de enumeração. A última fase do estudo é a quantificação, que pode ser feita pela análise de ocorrências, avaliativa ou estrutural.

Essa análise teve o apoio de um sistema de análise quantitativo de dados textuais, o ALCESTE (*Analyse de Lexèmes Cooccurrent dans lês Ennoncés Simples d'um Text*), que é um instrumento informático que analisa as co-ocorrências das palavras que constituem o texto para sumarizar as informações mais relevantes (CATÃO, 2001).

Na Figura 3 está representada a trajetória metodológica realizada para chegar ao objetivo final da pesquisa.

**Figura 3.** Trajetória da pesquisa

Fonte: elaborada pela autora (2020)

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e sua discussão são apresentados em duas etapas conforme foi a coleta de dados: observação participante e entrevista com os profissionais. Na observação participante são apresentadas a estrutura da unidade, as rotinas de trabalho da equipe e as reflexões dos profissionais sobre esses temas. Como resultados das entrevistas são relatadas e discutidas, a partir das reflexões elaboradas pela própria equipe, as práticas atuais na unidade com seus desafios, as concepções de visita multiprofissional e as sugestões para implantação da referida visita.

Posteriormente, no desdobramento desse trabalho, será apresentada a proposta de implantação da visita multiprofissional através de um Plano de Ação, configurado como produto das reflexões e sugestões da equipe e do estudo observacional da pesquisadora.

### 4.1 Resultados e Reflexões a partir da Observação Participante

Essa fase da pesquisa possibilitou uma visão geral do contexto atual da UCINCo, possibilitando o conhecimento da estrutura, a relação entre a equipe e as rotinas da unidade. Assim, foi possível planejar propostas mais consistentes e com a possibilidade de maior aceitação pelos profissionais. A observação teve como base alguns eixos: a estrutura da unidade, as rotinas de trabalho e o diálogo com a equipe.

#### 4.1.1 Estrutura da unidade

A Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) do HULW é um setor fechado, com quase nenhuma relação com os outros setores do serviço da Unidade Materno Infantil. Trata-se de um local de acesso restrito por abrigar recém-nascidos com saúde frágil e, por isso, torna-se um ambiente com pouca circulação de pessoas. Somente é permitida no setor a entrada dos profissionais assistentes e de apoio (limpeza, higienização, pessoal de apoio tecnológico, manutenção, laboratório e radiologia). Os pais têm acesso liberado a qualquer momento do dia, e as mães geralmente ficam internadas em uma enfermaria específica para as acompanhantes dos pacientes internados na unidade neonatal,

localizada na própria Unidade Materno Infantil. A entrada de outros familiares visitantes somente é permitida em horário específico e com a anuência dos pais e da equipe.

Da mesma forma que a entrada de pessoal no setor é restrita, a circulação dos profissionais da UCINCo em outros setores também é controlada como forma de controle de infecção hospitalar; por este motivo, a unidade torna-se fechada e sem muito contato com os outros setores. Gaíva e Scochi (2004) referem que a UTIN, justamente por ser um local de circulação restritiva, o que permite o convívio mais próximo entre os diversos profissionais e possibilita o desenvolvimento de um trabalho mais cooperativo.

A UCINCo é basicamente concentrada em uma sala ampla que dispõe de seis leitos, uma área de serviços de enfermagem, uma bancada com três cadeiras para que a equipe faça a parte burocrática de preenchimento de documentos e escrita no prontuário, e um lavatório para higienização das mãos. A área para os serviços de enfermagem (preparo de medicação) fica localizada junto a uma das paredes e, logo à frente, encontra-se a bancada com as cadeiras; esse espaço é pequeno impossibilitando a permanência de mais do que três pessoas no local. Além disso, sobre a bancada há muito material de escritório, o que torna o local pouco acolhedor.

O leito na neonatologia é, em geral, uma incubadora ou um berço aquecido que abriga o recém-nascido (RN) com uma pequena mesa de apoio ao seu lado, onde são depositados os materiais de uso pessoal do paciente (fraldas, pomadas, termômetro, luvas, gaze, algodão). Em alguns leitos também há uma cadeira ou poltrona de apoio para conforto dos pais e para a amamentação.

O ambiente é bem iluminado por luz artificial e com muitos ruídos, como conversas e barulhos de aparelhos que monitoram os sinais vitais do RN. Durante o dia, em um determinado horário estipulado pela enfermeira, as luzes são apagadas e o silêncio é obrigatório para trazer mais conforto aos bebês. A temperatura geralmente é mantida mais amena para o conforto da equipe e, em algumas situações, o ar condicionado é desligado para a realização de certos procedimentos que necessitem retirar os bebês das incubadoras, como, por exemplo, nos horários de banhos, puncionar acessos venosos e coletas de sangue para exames.

Em cada leito – incubadora ou berço aquecido – há a identificação do RN com nome, nome da genitora, data e peso de nascimento. Algumas vezes, são colocados objetos ou desenhos lúdicos para trazer mais humanização ao ambiente. Nas

proximidades do carnaval, por exemplo, foram colocadas nas incubadoras máscaras que remetiam à festa; também foram colocadas fantasias nos bebês, o que trouxe alegria para a equipe e os familiares.

Ainda com relação à estrutura, a UCINCo conta com uma sala para apoio, localizada em frente a sala de internação. Esse local comporta uma estante para os documentos, exames e prontuários dos pacientes, uma mesa com dois computadores e uma impressora. É nessa sala que a equipe médica se concentra para a evolução diária e prescrição dos pacientes. Após os médicos examinarem os recém-nascidos, é nessa sala de apoio que permanecem durante o restante do plantão.

Para o descanso da equipe e realização das refeições há o Repouso da Equipe Multiprofissional, com camas, banheiro, televisão e utensílios para refeições, utilizado por todos os profissionais da unidade, menos pela equipe médica, que tem seu próprio quarto para repouso.

Os ambientes de atenção ao recém-nascido de risco foram redesenhados a partir da publicação da Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Há muitas evidências que apontam as influências do ambiente desfavorável (excesso de barulho, excesso de luminosidade, excesso de intervenções, muita conversa no local de internação, etc.) para o desenvolvimento do recém-nascido e, como consequências, são citados os aumentos da morbidade e da mortalidade (BRASIL, 2013). No Artigo 19 da Portaria nº 930 consta que a UCINCo deve ter controle de ruído, de iluminação e climatização como requisitos de humanização (BRASIL, 2012).

Mais importante que o ambiente – a estrutura, o espaço físico – é a ambiência, que compreende, além do espaço físico, a parte social, profissional e as relações interpessoais, onde interagem os processos de trabalho e o espaço físico. Esse espaço deve ser uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização dos recursos e fazendo com que o atendimento seja acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010).

Existe a questão estrutural que não pode ser modificada, porém a ambiência adequada está relacionada ao processo de trabalho e, como o espaço físico não é o ideal, cabe à equipe multiprofissional tornar o ambiente mais favorável. Sendo assim,

estratégias que visem um olhar compartilhado dos problemas são necessárias para encontrar soluções; então, a possibilidade de um momento de reunião multidisciplinar torna-se importante, também, para melhorar a ambiência do setor e, com isso, os processos de trabalho.

#### *4.1.2 Rotinas de trabalho*

Todo início de plantão, aproximadamente às 7 horas da manhã, a equipe de enfermagem da escala noturna aguarda a equipe da escala diurna dentro da unidade para a chamada passagem de plantão. Esse momento, geralmente, é descontraído, com a equipe se tratando de forma cordial, muitas vezes trazendo assuntos de cunho pessoal. A passagem de plantão, propriamente dita, é feita pela enfermeira que transmite os acontecimentos que envolveram a assistência durante o seu período de trabalho, o estado geral e o quadro clínico de cada paciente, as medicações que estão usando e como estão recebendo a dieta. As informações são passadas para a equipe de forma muito clara e objetiva, e os técnicos de enfermagem também fazem alguns apontamentos durante a exposição de cada caso feita pela enfermeira. Além dos relatos do ocorrido com os pacientes, nesse momento são também transmitidas informações logísticas e operacionais da instituição, uma vez que frequentemente precisam ser feitos avisos de falta de materiais, da não realização de exames e da falta de algum dos profissionais por atestado ou afastamento.

A passagem de plantão é extremamente relevante para garantir a continuidade do processo de trabalho, servindo, inclusive, como meio oportuno para aprimorar a comunicação entre os profissionais (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

A fisioterapeuta e fonoaudióloga geralmente participam da passagem de plantão somente como observadoras, sem fazer interferências. Contudo, alguns apontamentos são feitos somente quando solicitadas pela enfermagem no sentido de prestar algum esclarecimento específico de sua área profissional.

A equipe médica é composta por um pediatra diarista que presta assistência diária de forma horizontal aos pacientes, um pediatra plantonista que atende as intercorrências e um médico residente de pediatria que realiza seu estágio obrigatório na unidade, e tem como preceptora a médica diarista. Em todos os dias de observação, o primeiro membro da equipe médica a entrar na unidade foi o médico residente; após cumprimentar a equipe e proceder a higienização das mãos, já iniciava suas atividades examinando os pacientes.

A médica diarista chega à unidade após às 8 horas da manhã, questiona a equipe de enfermagem sobre as intercorrências ou novidades sobre os recém-nascidos e logo se junta ao residente na tarefa de examiná-los. Durante a prática de examinar os pacientes, algumas vezes há uma conversa informal entre a pediatra e alguns membros da equipe. A fonoaudióloga é questionada sobre a evolução dos bebês e tenta-se chegar a um consenso sobre a conduta a ser tomada; o mesmo acontece com a fisioterapeuta quando há algum RN com suporte ventilatório ou em uso de oxigênio.

Após os pacientes serem examinados, a médica diarista e o residente saem da unidade e ficam na sala de apoio em frente à UCINCo para fazer a evolução nos prontuários e a prescrição, e permanecem nesse local afastado do restante da equipe durante o resto da manhã.

Os técnicos de enfermagem são os profissionais que ficam mais tempo em contato com os bebês, pois, aproximadamente, a cada 3 horas são responsáveis pelas trocas de fraldas e avaliação dos sinais vitais. Consequentemente, também têm muito contato com os familiares, sendo muito questionados por eles sobre a evolução dos seus filhos; porém, muitos técnicos não se sentem aptos a relatar as intercorrências ou transmitir informações aos acompanhantes. Quando questionados sobre essa proximidade com os bebês e sobre a participação nas condutas, todos foram unânimes em responder que não são ouvidos pela equipe e que, muitas vezes, são mal interpretados, como se não fossem capazes e/ou autorizados a participar das decisões quanto a assistência aos bebês.

Neves (2017, p. 3) também percebeu a fragilidade no envolvimento dos técnicos de enfermagem na sistematização da assistência e cita que, “apesar de desempenharem um importante papel para com a atenção, não participavam das rodas de discussão científica”. Desse modo, a referida autora propôs intervenção para que esses tenham um espaço para se expressarem e se sentirem mais valorizados no contexto da equipe.

A nutricionista não fica dentro da unidade, mas todos os dias visita o setor; ela não tem contato direto com os pacientes, somente com a equipe. Em um momento da manhã, ela chega à unidade, verifica as prescrições dos pacientes e conversa com a enfermeira e a fonoaudióloga sobre as dietas, questiona a aceitação e necessidade de alguma mudança. Essa conversa é informal e rápida. Quando surge alguma

demanda, essa profissional se dirige à sala onde se encontra a médica para discutir o caso específico.

A psicóloga e a assistente social também não permanecem dentro da unidade, pois não dão assistência direta aos pacientes e, sim, aos familiares; esses profissionais só comparecem no setor quando solicitadas por alguém da equipe, geralmente a médica ou a enfermeira. Do mesmo modo, quando essas profissionais percebem algum fato importante no contexto familiar e social, entram em contato com a médica e enfermeira para que tenham ciência dos fatos, bem como para discussão e planejamento compartilhado das condutas. Geralmente o restante da equipe não tem essas informações, uma vez que essas conversas acontecem na sala de apoio da médica diarista.

Os psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas não prestam assistência direta aos recém-nascidos, e não vivenciam toda a dinâmica assistencial da UCINCo; entretanto, são essenciais ao funcionamento do setor. Nesse mesmo contexto de atenção neonatal, Neves (2017) relatou a necessidade de envolver a todos na sistematização da assistência e nas demandas funcionais, e sugeriu a visita multiprofissional leito a leito como solução.

O trabalho em equipe multiprofissional é imprescindível em determinados momentos. Nas admissões dos recém-nascidos, desde o pedido da vaga já há uma conversa da equipe médica e da enfermagem sobre o melhor leito onde o paciente ficará, os possíveis insumos e as medicações que usará. Com a fisioterapeuta, a médica discute o melhor método de ventilação ou terapia para oferecer oxigênio e, com a fonoaudióloga, a melhor forma de oferecer a dieta. Quando o paciente chega à unidade há um efetivo trabalho inicial em equipe, pois enquanto a médica examina o recém-nascido, a equipe da enfermagem, se necessário, já faz algum procedimento específico de sua função, assim como a fisioterapeuta ajuda na parte respiratória. Algumas vezes, enquanto a equipe dá assistência direta ao paciente, a assistente social já tem um primeiro contato com os pais ou familiares sobre as rotinas da unidade e a necessidade de alguma demanda específica.

Algumas situações observadas no cotidiano mostraram a realização de procedimentos em conjunto por diferentes profissionais, principalmente no atendimento nas situações de urgências, caracterizando o trabalho multidisciplinar (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Quando há um caso de maior gravidade no setor, ou quando o tratamento não está surtindo o efeito desejado, geralmente, há uma reunião com parte da equipe para se tentar organizar estratégias ou encontrar os erros de conduta. Essa discussão é principalmente realizada entre a enfermeira, a médica, a fisioterapeuta e a fonoaudióloga. Apesar de as discussões serem levantadas em equipe, observa-se que a palavra final é do profissional médico, independentemente se suas opiniões não condizem com as do restante da equipe multiprofissional.

A equipe da UCINCo, inevitavelmente, acata as decisões e as condutas médicas. Peduzzi (2001) expõe em seus estudos que, mesmo havendo o reconhecimento da importância do trabalho em equipe, a prática ainda segue o modelo biomédico, com a subordinação dos outros profissionais da assistência ao profissional médico. O trabalho é coordenado pelo médico que decide o tratamento, já os outros profissionais se adequam à demanda do paciente e às decisões do profissional de medicina. Esse modelo de assistência de hegemonia médica vai contra o trabalho em equipe multiprofissional efetivo, uma vez que os outros profissionais de saúde foram inseridos, gradativamente, nas equipes de unidade neonatal justamente porque parte da assistência à saúde dos recém-nascidos já é consolidada pela participação ativa desses profissionais, como fisioterapeuta e fonoaudiólogo.

Gaíva e Scochi (2004), em seu trabalho de observação em uma UTIN, perceberam que o processo de trabalho ocorre por meio do trabalho coletivo. Porém, as ações são realizadas isoladamente pelos profissionais, os quais cooperam entre si ou complementam o trabalho um do outro. O que foi observado no presente estudo corrobora com o reportado pelos autores referidos, o trabalho na maioria das vezes, é um trabalho coletivo, mas nem sempre em equipe.

Outro momento em que parte da equipe multiprofissional se reúne é quando há problemas a serem resolvidos na unidade, como os seguintes: falta de materiais, falta de profissionais, superlotação, problemas de relacionamento com algum familiar e entre a própria equipe.

Existem, portanto, muitas práticas realizadas em conjunto; no entanto, em nenhum momento foi observado um espaço de reunião com toda a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, nutricionista e técnicos em enfermagem), o que é imprescindível para uma assistência integral ao paciente e em conformidade com o modelo biopsicossocial de atenção à saúde.

#### 4.1.3 Diálogo com a equipe

Durante o período de observação, a pesquisadora geralmente estava em serviço, participando das práticas e atividades da unidade. Quando surgia a necessidade de questionamentos ou quando observava algo do interesse para a pesquisa, ocorria a aproximação da pesquisadora com os profissionais, e se iniciava um diálogo sobre o que estava sendo presenciado. Vale ressaltar que os profissionais estavam cientes que a pesquisadora estava desenvolvendo o seu estudo na unidade.

O descontentamento com a estrutura da unidade ficou bem claro durante os diálogos. Quando questionados sobre o ambiente da UCINCo, foi relatado que a estrutura gera problemas para a assistência adequada e, até mesmo, para o bom relacionamento com a equipe. Um dos pontos levantados foi a estrutura do posto de medicação e da bancada para trabalhos de escrita nos prontuários e preenchimento de documentos. Houve reclamações, também, quanto a falta de espaço adequado, conforme observado nos relatos abaixo:

*“Tudo tá fora de ergonomia. A bancada é baixa e pequena, o posto de medicação é muito junto da bancada.” (Enfermeira)*

*“Fica um aglomerado de pessoas ali (bancada), e um interfere no trabalho do outro. Quando tem os pais na unidade, aí que fica aglomerado mesmo.” (Técnica de enfermagem)*

Conforme a Cartilha de Ambiência da PNH (BRASIL, 2010, p. 13), a ambiência adequada “potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades”. Portanto, quando se modifica a ambiência de um setor hospitalar, também ocorre um processo de reflexão das práticas e dos modos de se ocupar esse novo espaço, impulsionando processos de mudança.

Outro fator citado como dificuldade para o trabalho multiprofissional foi o fato da equipe médica não permanecer dentro da unidade todo o tempo. Como descrito anteriormente, o médico passa a visita, examina os bebês e, posteriormente, se retira da unidade, ficando na sala de apoio para prescrição. Nesse momento, o médico tem que levar os papéis referentes à prescrição e ao controle dos sinais vitais para avaliar e tomar as condutas necessárias, deixando os outros profissionais sem acesso aos documentos de registro dentro da unidade. Esse distanciamento é referido como prejudicial para a assistência e para o relacionamento da equipe:

*“O médico não fica o tempo todo no setor, e isso faz com que nossa relação fique mais distante.” (Enfermeira)*

*“Essa parte de ter que sair da unidade pra ir atrás do médico é muito ruim. A gente perde o foco do trabalho! Tem que ficar se retirando do setor pra pegar o prontuário ou pra perguntar alguma coisa.” (Técnica de enfermagem)*

No tocante às práticas em equipe multiprofissional, houve unanimidade quanto a importância e as consequências para uma boa assistência e para um adequado andamento do trabalho:

*“Existem muitas práticas em conjunto com a equipe multiprofissional, e se não existisse seria muito difícil.” (Enfermeira)*

*“Começa com a divisão de tarefas, [...] a gente procura dividir pra facilitar o trabalho e não ficar muito sobrecarregado pra uma pessoa, e facilita muito.” (Enfermeira)*

*“Principalmente na parte da enfermagem, da fisio e da fono, a gente trabalha muito interligados um com o outro.” (Fisioterapeuta)*

Para Costa, Enders e Menezes (2008), o trabalho em equipe multiprofissional promove maior interação entre os profissionais, melhorando a organização do trabalho; além disso, deve ser incorporado nas rotinas para haver a integralidade da atenção à saúde.

No diálogo com os profissionais ficou evidente que quem toma as condutas e decisões finais, mesmo após ouvir todas as opiniões da equipe, é o médico; eles afirmaram, ainda, já estarem acostumados a não ter voz ativa nas decisões. Nestes momentos surge um sentimento de inferioridade nos profissionais e de subordinação, conforme exposto nas falas a seguir:

*“A gente não é ouvida, e se alguém falar alguma coisa ou dá alguma opinião, acham que a gente tá se metendo na conduta. Então, eu prefiro ficar calada e fazer meu trabalho.” (Técnica de enfermagem)*

*“Às vezes eu até tento argumentar quando não concordo com alguma coisa, mas sempre a médica tem razão. Então, pra não entrar em atrito eu fico quieta e aceito, mesmo achando que aquela decisão não é a melhor.” (Enfermeira)*

*“Geralmente, eu discuto o caso e tentamos decidir em conjunto, mas tem algumas pediatras que não aceitam nossa opinião e tomam as condutas que querem. Isso dá um desgosto, porque estudamos pra isso, é nossa especialidade. É frustrante!” (Fisioterapeuta)*

Cardoso e Hennington (2011), em seu estudo sobre trabalho em equipe, perceberam que nas reuniões multiprofissionais de saúde algumas questões eram

colocadas para discussão pelo médico, e os outros profissionais eram ouvidos, mas quem tomava a decisão acabava sendo o profissional médico, que podia ser a favor ou contra a proposta do outro profissional. Essas situações demonstram a subordinação dos profissionais não médicos ao profissional médico, o que tira a autonomia desses ao tomar para si esse poder de decisão. Novamente, o modelo biomédico de assistência se sobrepõe ao biopsicossocial que, de acordo com Cutolo (2006), propõe que a responsabilidade de assistência é da equipe interdisciplinar, e não somente do médico.

Percebe-se nos discursos algumas dificuldades de relacionamento. Alguns impasses ocorrem pela falta de conhecimento das funções de cada profissional dentro da unidade, bem como da falta de conhecimento sobre a prática do outro, ocorrendo até um desmerecimento de algumas profissões. Souza e Ferreira (2010, p. 476), em seu estudo sobre a assistência em UTI neonatal, observaram que “mal-entendidos advêm de choques de autoridades ou pouca visibilidade da definição de papéis dentro da equipe”.

Portanto, problemas de relacionamento da equipe interferem no processo de trabalho, havendo a necessidade de mudanças e de planejamento na organização em relação à rotina, e que conte com a participação dos sujeitos envolvidos no processo. Segundo Souza e Ferreira (2010, p. 475),

no que tange à participação dos profissionais, a literatura aponta que a disponibilidade de espaços públicos de discussão e administração de conflitos pode representar um fórum estratégico para a politização dos problemas e a construção de intervenções.

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem a fragmentação do processo de trabalho entre os diferentes profissionais como problema que reduz o objeto de trabalho, trazendo a individualização e a desresponsabilização da atenção e do cuidado. A proposta de um atendimento conjunto e da discussão de casos pode contribuir para a superação da gestão tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processos de trabalho fragmentados (BRASIL, 2009).

O Manual Técnico do Método Canguru (2013) propõe esses espaços de discussão para estabelecer melhores condições de trabalho para a equipe. A criação de grupos com a participação de todos os membros da equipe – independentemente

de sua função na unidade – poderia ser útil para discutir os casos atendidos e oferecer um espaço para mobilizar a equipe sobre assuntos de relacionamento ou até mesmo treinamentos teóricos ou práticos.

As políticas públicas brasileiras consideram os profissionais da equipe como sujeitos dos processos de promoção de saúde. Assim sendo, o sucesso de uma unidade hospitalar depende de um desempenho harmonioso de todos os sujeitos envolvidos: o paciente, a equipe, os gestores e a família (BRASIL, 2013).

#### **4.2 Entrevistas com os Profissionais**

A análise dos dados sócio-demográficos mostrou que a média de idade dos entrevistados foi de 34 anos, e o tempo médio de serviço na unidade foi de 5,8 anos; todos os entrevistados eram do sexo feminino. Vale salientar que a equipe da UCINCo é predominantemente feminina, havendo somente um homem fixo na equipe; os outros homens são médicos residentes que fazem estágio no setor, ou outros estagiários de fisioterapia ou fonoaudiologia que, ocasionalmente e de forma temporária, podem fazer parte da equipe.

A análise das entrevistas realizadas aponta três eixos temáticos relacionados entre si, nos quais estão configurados o trabalho da equipe multiprofissional na UCINCo e os conhecimentos da visita multiprofissional elaborados pelos profissionais. Com apoio do *software* ALCESTE, foram capturados os seguintes eixos: 1) Práticas atuais e dificuldades enfrentadas; 2) Concepções da visita multiprofissional; e, 3) Implantação da visita multiprofissional. Os três eixos identificados na análise perfazem um total de 120 Unidades de Contexto Elementar (UCE). Os eixos temáticos capturados pela entrevista dos profissionais, em termos de UCE, podem ser observados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Distribuição dos eixos temáticos

| EIXOS TEMÁTICOS                                                          | UNIDADES DE CONTEXTO ELEMENTAR |      |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|
|                                                                          | Frequência                     | %    |
| Práticas atuais e dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional | 48                             | 40%  |
| Concepções da visita multiprofissional                                   | 30                             | 25%  |
| Implantação da visita multiprofissional                                  | 42                             | 35%  |
| Total                                                                    | 120                            | 100% |

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Na sequência, apresentam-se os resultados e as discussões sobre as análises por eixo temático.

#### 4.2.1 Práticas atuais e dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional

Nesse eixo, os profissionais relataram suas práticas em equipe na UCINCo e as dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho. Os profissionais entendem que suas práticas necessitam ser realizadas em equipe para que se tenha um bom resultado na assistência aos recém-nascidos, de acordo com as falas que seguem:

*“Na verdade, as nossas atividade, majoritariamente, são em equipe, porque a gente precisa dos diversos profissionais em quase todas as etapas da passagem do bebê pelo nosso setor. O trabalho multiprofissional existe e é importante.” (Profissional 1)*

*“O tempo todo nós trabalhamos em equipe... esse trabalho em equipe, esse diálogo com os outros profissionais, ele é essencial. Então a gente sempre vai trabalhar junto.” (Profissional 5)*

*“Esse trabalho em equipe é extremamente importante pra recuperação dos pacientes.” (Profissional 7)*

Piva e Garcia (2005) afirmam que o sucesso de uma unidade de tratamento intensivo depende do desempenho harmonioso de toda a equipe. Ou seja, os elementos ambientais, físicos e materiais só terão utilidade com um bom trabalho da equipe multiprofissional focando na saúde da criança.

Os profissionais citam alguns momentos em que o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental, como durante a admissão dos pacientes, durante as intercorrências e na realização de procedimentos:

*“No momento da admissão, no momento das intercorrências, no momento das altas hospitalares também.” (Profissional 1)*

*“Numa admissão, numa parada, no momento de urgência e emergência, a gente sempre precisa da equipe.” (Profissional 4)*

Os profissionais também descreveram suas práticas dentro de uma perspectiva multidisciplinar que, consoante o entendimento de Peduzzi (2001), se refere à recomposição de diferentes processos de trabalho que se integram preservando as diferenças técnicas e as especificidades de cada trabalho. Essa descrição permitiu uma reflexão sobre as práticas e o relato das dificuldades de torná-las, realmente, interprofissionais.

*“Eu acho que, em todo o momento, a gente trabalha em equipe. Desde a hora que você chega, que você vai recebendo a passagem de plantão [...], eu já sei o que aconteceu à noite. Daqui a pouco, chega a equipe médica e já procura saber também alguma particularidade da equipe. E ali a gente já começa uma pequena conversa, beira leito mesmo.” (Profissional 2)*

*“Geralmente a gente faz a avaliação, o atendimento, e depois a gente discute com a pediatra e com a fisioterapeuta, que são os profissionais que a gente mais tem um link. [...] Mas geralmente é só fono e pediatra, e às vezes fono e fisioterapia.” (Profissional 3)*

*“As ações que nós temos em equipe, então, são as discussões com a equipe médica, com a equipe de fisioterapia, discussão com a equipe de fonoaudiologia, discussão com a equipe de nutrição. Muitas vezes a gente precisa do apoio da psicologia e do serviço social também.” (Profissional 6)*

*“Na maior parte do tempo, infelizmente, a prática é individual, mas eu tento no meu dia a dia buscar, apesar da gente não ter um momento multiprofissional, eu tento trazer pra discutir com a fono, com a enfermagem. Tento também discutir com a pediatra.” (Profissional 7)*

Alvarenga et al. (2013) consideram a multiprofissionalidade como a justaposição de disciplinas distintas e a atuação de cada profissional de acordo com o seu saber especializado, o que traz a fragmentação do cuidado. Já a interprofissionalidade está vinculada à noção do real trabalho em equipe, implicando na interação das disciplinas e refletindo na integralidade da assistência. Ressalta-se que o Ministério da Saúde, em seus programas e políticas, adota o termo

multiprofissional ou multidisciplinar que, independente da denominação, tem a intenção de interprofissionalidade, ou seja, o sentido de integração da assistência.

Borges, Sampaio e Gurgel (2012), em seus estudos sobre interdisciplinaridade, concluíram que os profissionais em saúde compreendem a importância do trabalho em equipe para garantir a integralidade da assistência; no entanto, o trabalho ainda é organizado de forma fragmentada e sem articulações com todos da equipe. O trabalho multiprofissional é ainda incipiente, e a maioria das ações são realizadas de forma isolada por cada profissional. As atividades são pouco integradas e, quando ocorre a interação, é em momentos pontuais (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Observa-se, por parte dos profissionais, frágeis movimentos de articulação, os quais não encontram ressonância na forma como o processo de trabalho está organizado. Não há espaços definidos para as atividades multidisciplinares, fundamentais para a compreensão do modelo atual proposto e para a organização de um processo de trabalho que favoreça o cuidado integral (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

A assistência hospitalar é necessariamente multiprofissional, advindo da combinação do trabalho de vários profissionais. O cuidado integral reúne, desta forma, vários outros tipos de pequenas ações que se complementam, sendo que “o que caracterizará a maior ou menor integralidade da atenção recebida será a forma como se articulam essas práticas” (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 89).

Os trabalhadores em saúde da UCINCo do HULW percebem que existem práticas multiprofissionais na unidade, mas que a maioria das ações ocorre de forma individual. Relatam, também, que há falta de um espaço formal para discussões em equipe, e que esse momento de encontro seria muito importante como parte da rotina do setor de forma sistemática.

*“Existem práticas em equipe dentro na nossa unidade. Não tem um espaço específico pré-estabelecido, as práticas acontecem no dia a dia.”* (Profissional 2)

*“Só não existe, tipo, todos os profissionais parar aquele determinado horário, sentar toda a equipe e discutir, o que eu acho que seria muito rico.”* (Profissional 3)

*“Então, sempre é mais importante quando existe um momento em que você consiga reunir a equipe [...] Normalmente, a gente só faz as reuniões de forma individual [...] mas o ideal é que, no futuro, isso se adeque para que a gente faça isso de rotina. Mas infelizmente ainda não é assim que acontece.”* (Profissional 6)

*“De forma sistemática, e formal, vamos dizer, não temos propriamente um horário reservado pra que haja essa discussão de caso numa visão multiprofissional. [...] não é uma rotina.” (Profissional 8)*

A organização dos processos de trabalho deve priorizar o atendimento compartilhado e criar espaços de reuniões para uma intervenção interdisciplinar com troca de experiências e discussões de casos (PRADO; HEIDEMANN; REIBNITZ, 2012). Assim, a inclusão de diferentes especialidades nas discussões traz uma integração maior do grupo de trabalho e possibilita uma abordagem mais padronizada e integral ao paciente (BRASIL, 2013).

Em consonância com o que foi descrito em relação às falas, Anjos Filho e Souza (2017) citam a falta de uma organização efetiva de reunião multiprofissional e a falta de ações de educação permanente como alguns dos fatores que dificultam o trabalho em equipe. Os autores citam, ainda, a demanda excessiva de trabalho como um empecilho para a prática multiprofissional, o que também foi levantado por um dos entrevistados conforme relato a seguir:

*“Mas, assim, como a gente não tem um espaço, um horário, é sempre tudo muito corrido, todo mundo cheio de atribuições. Não tem um espaço voltado, assim, pra: ‘agora a gente vai discutir numa visão multi’.” (Profissional 7)*

Existem problemas de ordem técnica e interpessoal que contribuem para que as ações de diálogo com a equipe e a produção de novos saberes resultem em transformação dos processos de trabalho e das novas práticas profissionais. A organização do trabalho deve contemplar a responsabilidade coletiva e a interação dos saberes complexos das diferentes áreas profissionais visando superar as ações fragmentadas, as práticas isoladas e as relações de poder e subordinação entre os profissionais. Essa transformação das práticas profissionais viabiliza uma atenção à saúde mais integral e de qualidade superior (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

#### 4.2.2 Concepções da visita multiprofissional

Neste eixo temático os profissionais da equipe relataram seus conhecimentos e suas concepções sobre a visita multiprofissional. Algumas concepções são descritas a seguir:

*“A visita multiprofissional seria a visita que a gente faz à beira do leito, discutindo cada caso clínico de maneira individual.” (Profissional 6)*

*“É um momento, realmente, onde todas as profissões elas podem se colocar, [...] um momento onde a gente tem realmente a escuta de outros profissionais.” (Profissional 1)*

*“Eu entendo que a gente vai discutir o que é que o bebê tem. A clínica dele e quais são as estratégias, que juntos a gente pode atuar pra resolver aquele problema, aquela questão. Então, acho que cada profissional fala um ponto específico do que está contribuindo pra recuperação.” (Profissional 2)*

*“A visita multiprofissional eu entendo como cada profissional falar um pouco da sua área em relação a aquele recém-nascido. E aí discutir o caso de modo multiprofissional, onde cada um fala sobre o prognóstico da sua área, o que espera daquele bebê, o que pretende fazer.” (Profissional 3)*

As falas dos profissionais são condizentes com as informações encontradas na literatura. Para Neves (2017), a visita multiprofissional hospitalar é realizada dentro da própria unidade, em horário normal de trabalho, com a presença de diversos profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) que discutem o quadro clínico do paciente e compartilham experiências. Nesse estudo, a visita multiprofissional era realizada à beira do leito do paciente, uma vez que o médico realizava a exposição do caso e cada profissional poderia expor suas ideias e opiniões sobre a assistência ao recém-nascido, na tentativa de otimizar o cuidado e buscar soluções para problemas.

Carrias *et al.* (2018) descreveram a visita multiprofissional em um hospital público brasileiro, sendo essa realizada à beira do leito do paciente com a participação da família; nesse momento, informações sobre a evolução clínica do paciente eram inicialmente repassadas pelo médico e o caso era discutido com a família e a equipe multiprofissional. Cardoso e Hennington (2011) comparam a visita multiprofissional a uma passagem de plantão, em que as condutas são colocadas em pauta, debatidas e definidas por todos os participantes da reunião. Para Der (2009), na visita multiprofissional cada membro da equipe pode fornecer seus conhecimentos e apresentar suas práticas, contribuindo para um cuidado compartilhado.

Nas visitas são discutidos o diagnóstico, o contexto social, o tratamento já realizado e o proposto, as possibilidades e o planejamento de ações. A equipe também traça uma meta de tratamento que exige o compartilhamento de informações e interações entre os profissionais para que a conduta de cada um esteja articulada com o objetivo proposto (RODRIGUES; SERRANO; DIAS, 2018).

Nota-se que o método de visita à beira do leito foi levantado pelos entrevistados. A esse respeito, Bhamidipati e colaboradores (2016) concluíram que essa prática possibilita maior entendimento do quadro clínico pela observação direta e em tempo real desse paciente, tornando-se o modelo preferido. Cao *et al.* (2018) mencionam que há, com esse modelo, uma melhor eficiência e interesse da equipe. Der (2009), em seu artigo, propõe que a visita multidisciplinar seja feita na beira do leito, para envolver o paciente e a família no plano de cuidados.

O envolvimento de todos os sujeitos do processo de cuidados – profissionais, família e paciente – e a discussão em todos os aspectos da integralidade do paciente possibilita uma assistência de forma completa, conforme observado pelos entrevistados nas falas a seguir:

*“Visita multiprofissional eu entendo que seja o momento de exercício da multidisciplinaridade ao atendimento para as orientações daquele usuário. É o olhar, e a contribuição de mais de um profissional que vai estar com sua especificidade dialogando com o outro de modo a ficar mais completo.”* (Profissional 5)

*“É uma forma da gente tentar conhecer a família e aquele paciente de uma forma global. Quando a gente fala multi, a gente entende várias especialidades ali juntos, avaliando e colocando o seu ponto de vista e a sua avaliação daquele caso. [...] a gente vai tá dando a possibilidade pra aquele sujeito, aquela pessoa, ser compreendida de forma total.”* (Profissional 8)

A integralidade – um dos princípios do SUS – considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1990). O princípio da integralidade pode ser visto de forma clara na visita multiprofissional, pois a atenção integral somente é realizada com a contribuição de profissionais de diferentes formações e especialidades.

Os profissionais percebem que as reuniões multidisciplinares têm sua importância pela reflexão acerca do processo de trabalho, tornando-se prática efetiva para a construção de um cuidado integral e inibindo a ocorrência de práticas fragmentadas e até descontextualizadas (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017). Consoante a compreensão de Costa, Enders e Menezes (2008), o trabalho em equipe centrado na integralidade da atenção deve ser incorporado às rotinas diárias para responder à complexidade dos problemas de saúde.

Neste sentido, a integralidade deve ser vista como eixo orientador das práticas e organizações dos serviços para a melhoria da assistência. Alvarenga e

colaboradores (2013) consideram a multiprofissionalidade como uma estratégia que orienta e possibilita a assistência integral. Sendo assim, a prestação integrada de assistência por meio das visitas multiprofissionais fornece um plano unificado para atender às necessidades complexas dos pacientes, prevenir danos e produzir os melhores resultados possíveis (ASHCRAFT *et al.*, 2017).

A importância da visita multiprofissional e seus impactos também aparecem com frequência nos discursos dos entrevistados, uma vez que a melhora na assistência ao paciente foi uma das questões levantadas pelos profissionais, o que demonstra que estão de acordo com os estudos sobre o tema.

*“Isso eu acredito que seja muito útil, tanto pro recém-nascido, a criança, pra evolução.”* (Profissional 3)

*“Tá vendo o plano terapêutico, os planos terapêuticos mais específicos, mais completos, pra que a gente possa prestar um cuidado cada vez com mais qualidade.”* (Profissional 1)

Com a intervenção da visita multiprofissional, Goldman, Demaso e Kemler (2009) afirmam haver possibilidade de melhoria do atendimento ao paciente em até 80% dos casos. Urisman, Garcia e Harris (2018) também sustentam a ideia de que as visitas multiprofissionais têm um impacto positivo na qualidade da prestação de assistência ao paciente. Por sua vez, Ashcraft *et al.* (2017) concluíram que a visita diminui a mortalidade, os custos de hospitalização e a redução no tempo de permanência hospitalar. A questão do menor tempo de permanência no setor também foi levantada por um dos profissionais, conforme relato abaixo:

*“Serve para que [...] o cuidado com o paciente seja de maneira mais igual, que todo mundo fale a mesma língua, que todo mundo trabalhe do mesmo jeito, enfim, que faça o que tá proposto. Que o bebê passe menos tempo na UCIN.”* (Profissional 4)

A humanização do atendimento foi um discurso comum entre os entrevistados, sendo levantada como uma importante consequência da visita multiprofissional:

*“É de extrema importância pra qualidade da assistência, [...] e fazendo um trabalho de fato mais humanizado.”* (Profissional 8)

*“Teria consequências positivas, a maior clareza do contexto de saúde e da realidade do usuário, o atendimento mais humanizado. Eu acho que também favorece a humanização.”* (Profissional 7)

*“Gerando muito mais qualidade, na assistência, eu acho que é um dos pontos primordiais na questão da humanização desse cuidado.” (Profissional 5)*

Uma unidade de cuidado intermediário neonatal usa tecnologia e recursos avançados. Segundo Claramonte Gallian, Pondé e Ruiz (2012), esse desenvolvimento tecnológico avançado das últimas décadas causou grandes transformações nas práticas de atenção em saúde, porém, apesar de todos esses recursos técnicos, os profissionais falham nas virtudes humanas. A carga excessiva de trabalho, a falta de remuneração adequada e a falta de incentivo, além de condições de trabalho insatisfatórias, acabam, de certa forma, causando uma desumanização na produção da assistência (DESLANDES, 2004).

A visibilidade dessas questões fica mais evidente e escancarada no atual contexto da pandemia da COVID-19. De acordo com Helioterio *et al.* (2020), alguns profissionais têm risco elevado de exposição à infecção, trabalham em condições inadequadas com falta de materiais e equipamentos para a assistência aos pacientes e de proteção e segurança individuais. Além disso, há fadiga e exaustão pelas longas jornadas de trabalho sem repouso adequado, por trabalharem sob grande pressão, pelo aumento da demanda nos serviços e por se sentirem vulneráveis. É necessário, portanto, promover melhores condições laborais para que a assistência possa ser realizada e promova a saúde dos pacientes, sendo preciso, também, garantir e proteger a vida dos profissionais.

A situação atual do país testa o ser humano no que tange a lidar com as restrições de espaço, locomoção e sociabilidade. Assim, humanizar as ações é um dos grandes desafios na pandemia, devendo-se atentar para o impacto emocional dos pacientes, da família e, principalmente, dos profissionais de saúde, os quais devem ser valorizados e amparados psicologicamente. Deve-se criar, então, um clima o mais harmônico e leve possível no ambiente de trabalho, cuidando de cada um dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença (CARRERA, 2020).

Deve-se atentar que a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre a equipe, assim como a não inclusão dos profissionais nos processos de produção de saúde, também são desafios para a humanização (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

A visita multiprofissional torna as práticas mais humanizadas pois garante aos profissionais participação na gestão do seu processo de trabalho ao mesmo tempo em que dá a eles o direito de serem ouvidos pela equipe e participarem ativamente

das decisões; essa escuta também é ampliada até os familiares, que são responsáveis pela promoção da saúde. O HumanizaSUS – que em suas cartilhas propõe a visita multiprofissional – define humanização como o aumento do grau de corresponsabilidade dos atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, implicando mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

A humanização, para Pasche, Passos e Hennington (2010), é uma estratégia de valorização das práticas de gestão e de atenção que busca fomentar movimentos de lateralidade e transversalidade entre os sujeitos, fazendo circular saberes e poderes, alterando o padrão organizacional e de gestão verticalizados e hierarquizados com vistas a melhorar os processos de trabalho e a assistência à saúde.

As consequências e a importância das visitas multiprofissionais fizeram parte dos discursos de praticamente todos os profissionais entrevistados. Em suas falas, a visita multiprofissional ficou associada aos seguintes termos: troca, conhecimento, aprendizagem e relação no trabalho. Portanto, os entrevistados acreditam que a visita multiprofissional tem conexão com a aprendizagem e a troca de conhecimentos na equipe, além de melhorar os relacionamentos no ambiente de trabalho.

A associação da visita multiprofissional com melhorias na relação com a equipe de trabalho, pelo fortalecimento da comunicação e integração da equipe, apareceu de forma bem clara nos discursos dos profissionais, conforme pode ser vislumbrado a seguir:

*“A comunicação entre a equipe traria maior resolutividade a alguns entraves que, em muitos casos, que ficam ali truncados, porque às vezes não há a comunicação.” (Profissional 5)*

*“Muda a integração da equipe. A equipe fica mais coesa, ela fica mais integrada, facilita a comunicação entre a equipe, diminui alguns maus entendidos, até de conduta mesmo. Muda questão de até a atitude do profissional.” (Profissional 8)*

Em uma equipe de profissionais de saúde, a comunicação é intrínseca aos processos de trabalhos, pois é através da comunicação efetiva é que ocorre a articulação das ações, a colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos sujeitos. Para a efetivação do trabalho em equipe são necessárias

mudanças das práticas de saúde, tanto nas ações assistenciais como na forma de comunicação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001).

A comunicação entre os membros de uma equipe de trabalho é essencial para o bom andamento de qualquer setor; porém, a comunicação entre os membros da equipe, dentro dos hospitais, é tipicamente fragmentada, em parte, pelos remanescentes do modelo biomédico de assistência. Desta forma, entende-se que as visitas multiprofissionais têm o potencial de melhorar essa comunicação. Ashraft *et al.* (2017) concluíram que a falha na comunicação contribui significativamente para os danos evitáveis ao paciente. A coesão da equipe multidisciplinar apoia a intervenção oportuna para evitar a falta de comunicação, levando a eventos adversos ao paciente. Prystajek *et al.* (2017) afirmam, ainda, que a melhora na comunicação entre os membros da equipe faz com que as relações interprofissionais se fortaleçam, promovendo mais satisfação no ambiente de trabalho.

O trabalho em equipe multiprofissional visa, justamente, a transformação na organização do trabalho, tendo como base a interação maior entre os profissionais (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008). A comunicação e a interação entre os profissionais é necessária para que ocorra a interdisciplinaridade conforme preconizado pelo atual sistema de saúde no Brasil, bem como para que surja, conseqüentemente, a integralidade da assistência. Ceccim (2005) estimula o diálogo entre a equipe construindo, coletivamente, laços de convivência e práticas condizentes com a integralidade e humanização da assistência.

Muniz (2018, p. 36) observou mudanças no comportamento da equipe multidisciplinar quando a visita multiprofissional ganhou a produção de sentido na prática profissional de cada um. Foi observado o “empoderamento de todos os profissionais que fazem parte da equipe, com a descentralização do saber médico e a valorização de todos os profissionais”.

Quando questionados sobre a visita multiprofissional e aprendizagem, foi unânime o entendimento de que os dois temas são interligados, e que o aumento do conhecimento é uma consequência positiva dessa prática.

*“Então, eu entendo visita multiprofissional como um momento muito importante de compartilhamento de conhecimentos e experiências, não só de dividir conhecimentos, na verdade multiplicar.” (Profissional 1)*

*“Visita multiprofissional e aprendizagem tem relação porque eu acho que o diálogo e a troca de conhecimentos faz com que a gente aprenda.”* (Profissional 2)

*“A gente termina aprendendo um pouco mais de cada profissional. [...] a gente compartilha os conhecimentos e a aprendizagem das diversas áreas que atuam na unidade.”* (Profissional 3)

*“A visita traz o aprendizado pela troca de conhecimentos de cada saber profissional, num olhar do ponto em comum.”* (Profissional 5)

*“Quando a gente trabalha multi, você aprende muito com o outro... mesmo sendo um saber do outro, é um saber que me completa. Eu posso não aplicar aquele saber dela, porque é um saber específico da profissão, mas que completa a minha avaliação. A gente aprende muito!”* (Profissional 7)

*“É um momento que vai a troca de saberes ali dos profissionais. Aí eu penso que isso, consequentemente, vai gerar um processo mesmo de aprendizagem. É um momento em que a gente vai tá sabendo como o outro desenvolve a prática dele e agregando conhecimento à nossa prática.”* (Profissional 8)

O trabalho interdisciplinar forma laços sociais entre a equipe para que haja troca entre os profissionais e, com isso, para que surja o aprendizado (ALVARENGA *et al.*, 2013). Assim, por meio da visita a comunicação e a aprendizagem se tornam mais efetivas, contribuindo para a construção do saber e disseminação do conhecimento (NEVES, 2017).

Reeves (2016) apresenta a observação e a prática clínica como métodos de aprendizado utilizados na educação interprofissional em saúde. A visita multiprofissional possibilita a observação direta do paciente e a troca de experiências e práticas entre os profissionais, o que pode tornar a experiência mais estimulante para um maior nível de aprendizado. A Educação Interprofissional (EIP) foi incorporada à educação em saúde como parte da estratégia da educação permanente. Esse método que envolve profissionais que aprendem juntos, de forma interativa, nas práticas do cotidiano e no próprio ambiente de trabalho, melhora a assistência ao paciente e os processos de trabalho (BRASIL, 2018).

A aprendizagem é baseada na relação do sujeito com o mundo, sendo o processo de organização das informações e a integração desse conhecimento na estrutura cognitiva (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002). Ou seja, para que a aprendizagem no âmbito hospitalar ocorra é essencial essa relação dos profissionais entre si e com o meio que os cerca. Nesse âmbito, a visita multiprofissional é estratégia válida para a melhora na comunicação e relação entre a equipe para que ocorra o aprendizado no próprio local de trabalho.

Peter Senge (2010) defende que a aprendizagem nas organizações parte, também, da aprendizagem em grupo, que consiste em desenvolver a capacidade para ações coordenadas; ele acrescenta, ainda, que as habilidades coletivas são maiores que as individuais. Por outro lado, para Pereira (2017, p. 200), “o aprendizado resultante da socialização influencia a criação de um ambiente que fomenta a aprendizagem, tornando-se um processo cíclico na organização”. A mesma autora refere que, após a aprendizagem individual e o compartilhamento dos conhecimentos e das informações pelo grupo, esse conhecimento pode se incorporar de maneira fixa à instituição, fazendo parte de seus procedimentos e regras contribuindo para o desenvolvimento de uma organização aprendente.

Ao realizar a visita multiprofissional no ambiente de trabalho, usa-se a técnica de aprendizagem problematizadora. As carências do serviço são observadas assegurando-se a aplicabilidade dos conhecimentos aprendidos conforme o interesse e a necessidade da equipe. A aprendizagem pela problematização, então, é importante para a equipe multiprofissional, e deve estar associada à aprendizagem com significados e ser produtora de sentidos para os profissionais, a fim de ter a capacidade de transformar as práticas através da reflexão crítica sobre a atuação de cada profissional, incorporando a troca de conhecimentos em suas relações de trabalho (MARTINI; VERDI, 2012).

A abordagem da visita multiprofissional é capaz de transformar as rotinas de trabalho por meio da reflexão crítica das ações dos profissionais, incorporando o saber e o ensinar nas práticas da equipe. A aprendizagem, nesse âmbito, se desenvolve como um processo descentralizado e interdisciplinar que propicia o desenvolvimento das capacidades individuais e no grupo como um todo que poderia se converter em uma comunidade de aprendizagem colaborativa, que é essencial no processo socioconstrutivista de educação permanente (BRASIL, 2013).

**Quadro 1.** Concepções sobre visita multiprofissional elaboradas pelos profissionais da UCINCo/HULW

| O QUE É A VISITA MULTIPROFISSIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                  | IMPACTOS DA VISITA MULTIPROFISSIONAL                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião à beira do leito para discutir o caso clínico do paciente</li> <li>• Momento das profissões se colocarem e serem ouvidas</li> <li>• Estratégia para resolver problemas do paciente</li> <li>• Discutir o plano terapêutico de cada área</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidade de atenção</li> <li>• Melhor assistência ao paciente</li> <li>• Humanização do atendimento</li> <li>• Melhores relações no trabalho: comunicação e integração da equipe</li> <li>• <b>Troca de conhecimentos, Aprendizagem</b></li> </ul> |

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Com base nas entrevistas com os profissionais de saúde da UCINCo, destacaram-se alguns pontos do discurso referentes às concepções da visita multiprofissional, apresentados no Quadro 1. Com relação ao conceito de visita multiprofissional, os profissionais entendem que é a reunião à beira do leito do paciente para discutir o seu caso clínico; cada uma das profissões é ouvida e tenta-se fazer um plano terapêutico em conjunto para o paciente. Quanto aos impactos da visita, foram relatadas a integralidade da atenção, a melhora na assistência ao paciente e a humanização do atendimento. A melhora nas relações entre a equipe também foi citada como um resultado positivo da prática pelos avanços na comunicação e integração da equipe, destacando-se, ainda, a aprendizagem no ambiente de trabalho como um grande impacto da visita.

Portanto, e de acordo com Deslandes (2004), os profissionais de saúde necessitam manter-se atualizados tecnicamente para prestar uma assistência adequada e humanizada; porém, muitas vezes, não são estimulados, pois trabalham em condições desfavoráveis, quase sempre mal remunerados, com pouco incentivo e sujeitos a carga excessiva de trabalho, não tendo tempo hábil para atualizações. Neste sentido, Neves (2017) salienta que a visita multiprofissional surge nesse âmbito hospitalar para que a equipe possa adquirir novos conhecimentos e formar novos saberes no próprio local de trabalho.

#### 4.2.3 Implantação da visita multiprofissional

Neste eixo temático, que representou 35% dos discursos dos profissionais, estão as sugestões dos entrevistados para a implantação da visita multiprofissional, como gostariam que fosse a visita, sugestões de quem participaria, a frequência semanal e o tempo de duração. Essa escuta dos profissionais é importante para que se tenha maior envolvimento da equipe quando for implantada a visita multiprofissional, uma vez que foi uma construção em conjunto partindo de suas próprias sugestões.

Percebe-se, desta maneira, uma preocupação quanto ao horário de realização das visitas para que não atrapalhem os afazeres e as atividades dos profissionais, ou seja, para que não haja muita mudança na rotina do serviço.

*“Eu acho que seria importante a gente ver o horário, porque a gente sabe que a gente segue uma rotina muito rígida em relação a horário pra banho, horário pra dieta, horário pra tudo. Então, eu acho que seria muito interessante pensa em conjunto um horário que não atrapalhasse o desenvolvimento de nenhuma atividade de nenhuma das profissões.” (Profissional 1)*

*“Eu acho que talvez esse horário entre as nove e o meio-dia fosse um horário mais adequado. Porque até então, entre o horário que a gente chega e as nove, é o horário que todo mundo tá evoluindo os pacientes, fazendo alguns procedimentos.” (Profissional 2)*

Cardoso e Hennington (2011) demonstraram que as reuniões multiprofissionais na UTI, observadas em seus estudos, costumavam ocorrer também pela manhã, após o término das intervenções de todos os profissionais. Neves (2017), no seu artigo sobre a implantação da visita multiprofissional em uma UTIN, relata que, devido à dinâmica da unidade e o alto fluxo de ações e intervenções no período da manhã, as visitas eram realizadas no término do expediente matinal, com início, aproximadamente, às 11 horas.

Há também a preocupação quanto a duração da visita, conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

*“Eu acredito que não pode se estender muito, considerando a rotina mesmo da unidade. Acredito eu que deva ser uma visita mais objetiva, com um tempo curto [...] Mas o tempo vai dizendo com a rotina, a prática, mas também, eu acredito que [...] durar a manhã inteira, isso não vai funcionar. Mas um horariãozinho que você estabeleça, de 30 minutos, penso assim, em algo mais rápido e objetivo.” (Profissional 8)*

*“Me preocupa a questão da gente ter muitos leitos e da duração dessas visitas, porque senão fica extremamente maçante, termina que fica um*

*negócio mecânico e repetitivo [...] Ninguém se prende às particularidades daquele caso porque todo mundo só quer que termine logo pra continuar fazer suas atividades diárias.” (Profissional 1)*

*“Um tempo de pelo menos 30 minutos, 40 minutos.” (Profissional 4)*

*“Como sugestão, eu penso que poderia acontecer, pensando na realidade que a gente tem aqui hoje, em torno de 30 minutos.” (Profissional 5)*

*“Que talvez desse pra discutir bem os pacientes, eu acho que 1 hora no máximo, eu acho que conseguiria.” (Profissional 7)*

Consoante Hendricks e colaboradores (2017), o tempo da reunião multiprofissional à beira do leito e a demanda do setor podem ser facilitadores ou barreiras para a implantação da prática. Se houver muita demanda no serviço e a visita ocorrer em um tempo relativamente maior, que atrapalhe a rotina do serviço, provavelmente estará fadada ao fracasso pelo desinteresse da equipe. Neves (2017) relata que o tempo despendido para a realização da visita multiprofissional em sua UTIN gira em torno de 1 hora e 30 minutos.

Há uma preocupação com a dinâmica da visita multiprofissional: todos os casos dos recém-nascidos devem ser discutidos ou somente alguns específicos, justamente pela demanda de tempo?

*“Talvez eu acho que seria interessante ver uma estratégia de não fazer todos os bebês, todos os dias [...] se pudesse pegar um ou dois bebês [...] porque termina que vira uma coisa mecânica.” (Profissional 1)*

*“Seria melhor começar pelos casos mais prioritários, mais graves, e depois poderia estender a todos.” (Profissional 3)*

*“Eu acho que pra que as coisas deem certo elas precisam de rotina. Então, teria que ser estabelecido um dia pra que seja feito isso, não pra todos os pacientes, porque você tem pacientes, às vezes, com casos clínicos muito mais simples, mas os pacientes com quadros clínicos mais complexos.” (Profissional 6)*

*“Precisaria avaliar e identificar os casos [...] não é necessariamente para todos os pacientes, mas sim pra aqueles que a gente vê a maior necessidade.” (Profissional 8)*

Guzinski e colaboradores (2019), em seu relato de caso, perceberam a necessidade de estruturar a visita interdisciplinar com discussão semanal, otimizando o tempo. Para isso, a equipe construiu uma sequência de etapas a serem seguidas nos encontros: apresentação dos membros da equipe, revisão do caso clínico, atualização da condição clínica recente, revisão dos itens de segurança (uso de

sonda, medicamentos, acesso venoso), plano de tratamento e definições do plano de cuidados.

Em uma das falas das participantes da presente pesquisa foi lembrado o uso de um instrumento para otimizar a discussão, a chamada visita estruturada:

*“Talvez com um instrumento específico pra já ir discutindo passo a passo. Que já direcione mesmo a visita, e que não vá se perdendo. Então, tendo esse roteiro, eu acho que facilita bastante pra otimizar essa discussão.”*  
(Profissional 8)

A visita de forma não estruturada, ou seja, que não segue um roteiro definido, foi considerada uma barreira para a implantação da visita multiprofissional por Hendricks e colaboradores (2017), em virtude de demandar maior tempo para ser realizada. De foram semelhante Duarte, Freire e Silva (2015), em seu relato de experiência com visita multiprofissional, perceberam a necessidade de estruturação da visita através de um instrumento norteador. Esse instrumento era composto por duas partes: uma destinada à identificação e caracterização do estado de saúde dos pacientes e outra dedicada ao registro de informações coletadas no momento da visita.

Da mesma forma, Neves (2017) propôs um formulário da visita que era incorporado ao prontuário do paciente, possuindo valor documental e informacional. Esse formulário, preenchido durante e após a visita, continha dados de identificação e dados referentes à clínica do paciente, além de considerações sobre a família, os planos terapêuticos e os objetivos de tratamento. Salviano *et al.* (2017) também apresentaram uma ficha estruturada com preenchimento antes e após a visita, com perguntas objetivas que contemplavam todas as categorias profissionais. Essas perguntas eram pontos-chave para o levantamento e direcionamento das demandas da equipe, facilitando e otimizando a visita multiprofissional.

Ainda, foi levantada a questão da frequência das visitas na unidade:

*“Inicialmente, uma vez ao mês ou a cada 15 dias pra que a gente possa realmente discutir as maiores incidências que a gente tem na UCIN, e o que cada um propõe.”* (Profissional 2)

*“Se for de 15 em 15 dias começando, a não ser que seja um caso que precise se discutir, precisa sentar a equipe, poderia ser toda a semana; mas se a gente começasse de 15 em 15 dias já estaria bom.”* (Profissional 3)

*“Eu ia sugerir fazer pelo menos umas duas vezes na semana. Acho que é o suficiente!”* (Profissional 4)

*“Duas vezes por semana, seria minha sugestão.” (Profissional 5)*

*“Eu acho que poderia começar, ao menos, uma vez por semana [...] na minha percepção, como não é tão rotativa, acaba que a gente, e os pacientes que têm maiores demanda, são os pacientes que passam um tempo maior. Eu acho que, talvez, uma ou duas vezes na semana funcionaria.” (Profissional 7)*

Os entrevistados colocaram sugestões de quais profissionais deveriam participar das visitas, e somente um deles citou todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e nutricionista). A maior parte dos entrevistados se referiu à equipe multiprofissional como as categorias que trabalham dentro da unidade, esquecendo do assistente social, psicólogo e nutricionista. Cardoso e Hennington (2011) relataram reuniões multiprofissionais em seus estudos que, apesar de ser rotina para alguns profissionais, como os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, eram quase desconhecidas por parte dos psicólogos e assistentes sociais. Lamy Filho (2003) refere, também, que esses profissionais não são diretamente ligados aos pacientes, porém são importantes no funcionamento das unidades de cuidado neonatal.

A inserção do assistente social na visita à beira do leito é importante, pois traz novas estratégias de intervenção com contribuições positivas junto à equipe multidisciplinar. Isso porque eles têm um olhar diferenciado sobre a assistência, buscando compreender a realidade social e sanitária do paciente e de sua família (RODRIGUES; SERRANO; DIAS, 2018).

O serviço social, a psicologia e a nutrição são importantes no suporte da família no período de internação; são esses profissionais que, geralmente, conhecem os problemas familiares do paciente, bem como seus medos, dúvidas e expectativas, que são levados até à equipe médica e de enfermagem para que tudo seja integrado aos cuidados do paciente. A comunicação adequada entre os membros da equipe facilita esse trabalho e, portanto, reuniões regulares com toda a equipe multiprofissional são estratégias de integração e organização para melhores resultados no setor (PIVA; GARCIA, 2005).

## 5 PROPOSIÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA VISITA MULTIPROFISSIONAL: O PLANO DE AÇÃO

O elevado número de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascimento constitui um importante problema de saúde com graves consequências médicas e sociais. Para elevar o padrão do atendimento nas unidades de cuidado neonatal, o SUS recomenda a visita multiprofissional baseado no modelo psicossocial de atenção e atendendo ao princípio da integralidade de assistência e ao processo de aprendizagem permanente em saúde. Essa prática promissora ainda não é realizada na Unidade de Cuidado Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Neste direcionamento, essa pesquisa teve por objetivo propor um plano de implantação da visita multiprofissional a partir das elaborações produzidas pela equipe de trabalho da referida unidade.

Mediante a observação participante foi possível obter uma visão geral do contexto atual da UCINCo, possibilitando o conhecimento da estrutura, a relação entre os membros da equipe e as rotinas de trabalho (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese dos resultados da observação participante

| ESTRUTURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setor fechado</li> <li>• Sala ampla</li> <li>• Ambiente com muitos ruídos</li> <li>• Descontentamento da equipe com a estrutura</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ROTINAS DE TRABALHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passagem de plantão: garante continuidade do trabalho e aprimora comunicação</li> <li>• Técnicos de Enfermagem não participam das discussões e decisões</li> <li>• Equipe médica não permanece na unidade – afastamento do restante da equipe</li> <li>• Nutricionista, Psicóloga e Assistente Social não ficam na unidade</li> <li>• Práticas em conjunto, nenhum momento de reunião multiprofissional</li> <li>• Conduas e decisões finais tomadas pela equipe médica</li> </ul> |

Fonte: elaborado pela autora (2020)

O fato da estrutura ser fechada, com circulação restrita de pessoas, facilita a proximidade entre os profissionais e consequentemente o trabalho em equipe, o que permitirá uma maior prontidão para o desenvolvimento das visitas multiprofissionais. A estrutura da sala onde está a UCINCo está apta à receber a prática da visita, pois é um espaço amplo que comporta toda a equipe. Uma das preocupações é quanto ao barulho que provocará a visita junto ao leito dos recém-nascidos, visto que o local já apresenta muitos ruídos o que não contribui para uma boa ambiência do local.

A passagem de plantão é um momento importante para garantir a continuidade dos processos de trabalho na unidade e de comunicação entre os profissionais. Esse momento deve ser utilizado para a motivação e informação da equipe durante a implantação da visita multiprofissional.

Alguns profissionais como os técnicos de enfermagem não participam das decisões de conduta e planos terapêuticos, mas são muito importantes no processo de atenção à saúde dos pacientes. Durante a implantação deve-se dar mais espaço a esses profissionais, assim como devem ser motivados a participar das visitas multiprofissionais. Os outros profissionais também devem ser orientados no sentido de todos terem espaço de fala independente da área de atuação ou nível profissional, e deve haver uma sensibilização para que as decisões sejam compartilhadas por toda a equipe.

Mediante os resultados de entrevistas realizadas com alguns profissionais selecionados para a pesquisa são relatadas, a partir das reflexões elaboradas pela própria equipe, as práticas atuais na unidade, as concepções de visita multiprofissional e as sugestões para implantação da referida visita (Quadro 3).

Quadro 3. Síntese dos resultados das entrevistas com os profissionais da UCINCo

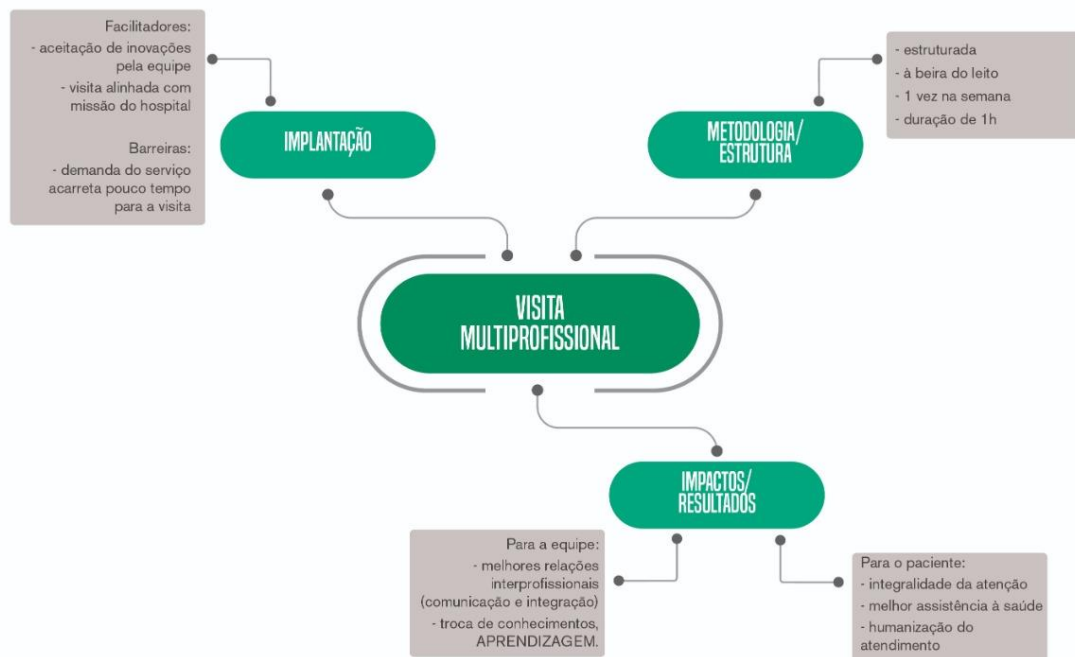
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRÁTICAS ATUAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho ainda fragmentado</li> <li>• Sem espaço para discussões multiprofissionais</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CONCEPÇÕES DA VISITA MULTIPROFISSIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião a beira do leito</li> <li>• Discussão do caso clínico do paciente</li> <li>• Discussão do plano terapêutico de cada área profissional</li> <li>• Impactos positivos na integralidade e humanização da assistência</li> <li>• Melhora na comunicação e integração da equipe</li> <li>• Troca de conhecimentos e aprendizagem</li> </ul> |
| <b>IMPLANTAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• No período da manhã</li> <li>• Tempo de realização de 30min a 1h</li> <li>• Discussão de todos os casos/alguns específicos</li> <li>• Periodicidade semanal</li> <li>• Utilização de roteiro (Visita Estruturada)</li> </ul>                                                                                                                   |

Fonte: elaborado pela autora (2020)

As práticas na UCINCo do HULW ainda são fragmentadas e não há um espaço formal para discussões multiprofissionais. Os profissionais têm conhecimento sobre a visita multiprofissional e seus resultados positivos. O conceito de visita à beira do leito para discutir o caso clínico do paciente e o plano terapêutico de cada área profissional ficou claro nas entrevistas. Os resultados da visita multiprofissional na melhora da assistência, integralidade e humanização do atendimento também foram relatados pelos profissionais. Segundo as reflexões dos entrevistados, a aprendizagem será um grande ganho com a prática proposta, visto que há o compartilhamento de informações entre todos os membros da equipe.

Após a análise e discussão dos resultados da pesquisa pode-se construir um novo mapa conceitual sobre a visita multiprofissional (Figura 4). Nesse mapa constam os conceitos da visita e as sugestões para a implantação elaboradas como produto das reflexões dos profissionais.

**Figura 4.** Mapa conceitual elaborado com os resultados da pesquisa



Para que a implantação da visita multiprofissional seja bem sucedida é importante esse conhecimento prévio do contexto e a estrutura organizacional. Foram constatadas barreiras como a grande demanda de serviço no setor o que acarreta um menor tempo para realização da prática, entretanto a aceitação de inovações pelos profissionais é um facilitador para a implantação.

Com um diagnóstico da situação do serviço em relação à rotina e à estrutura, às práticas diárias da equipe, ao relacionamento entre os profissionais de cada área de atuação, ao conhecimento acerca da visita multiprofissional e às sugestões sobre a sua implantação na UCINCo do HULW, pode-se traçar um plano de ação para essa implantação (Figura 5). Sugere-se essa proposta a partir do que foi apresentado e dos posicionamentos dos próprios profissionais da unidade, que são os sujeitos do processo do cuidado em saúde.

**Figura 5.** Plano de ação para implantação da visita multiprofissional

| O QUE FAZER                                  | PORQUE                                                                 | QUEM FARÁ                                                                       | COMO FARÁ                                                                                          | ONDE                                                              | PRAZO          |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|
| Formar um grupo de trabalho                  | Sensibilizar e motivar pessoas que exercem liderança na equipe         | Chefia médica, chefia de enfermagem, psicóloga, outros que demonstrem interesse | Encontros semanais para apresentação dos resultados da pesquisa e discutir proposta de implantação | Sala de reuniões multiprofissional do setor materno infantil-HULW | 2 semanas      |
| Construir uma agenda para a implantação      | Definir prazos e metodologia da visita (tempo de duração e frequência) | Grupo de trabalho                                                               | Encontros semanais para discussão                                                                  | Sala de reuniões multiprofissional do setor materno infantil-HULW | 2 semanas      |
| Analisar uso de roteiro – visita estruturada | Facilitar a visita e otimizar o tempo gasto                            | Grupo de trabalho                                                               | Um encontro com a equipe para apresentação do roteiro e alterações sugeridas                       | Sala de reuniões multiprofissional do setor materno infantil-HULW | 1 encontro     |
| Sensibilizar a equipe multiprofissional      | Motivar e mostrar a importância da visita multiprofissional            | Grupo de trabalho                                                               | Conversas com a equipe durante o dia de trabalho                                                   | UCINCo                                                            | 1 mês          |
| Marca data para início das visitas           | Para a equipe ter ciência do início da prática                         | Grupo de trabalho                                                               | Marcar a data após o grupo achar que a equipe já está sensibilizada                                | UCINCo                                                            | Início de 2021 |

Fonte: elaborado pela autora (2020).

A sugestão é, inicialmente, formar um grupo de trabalho com alguns profissionais que exercem liderança e influência na equipe, e que acreditam na prática da visita multiprofissional. A liderança, juntamente com a motivação, são habilidades para influenciar as pessoas a trabalharem entusiasticamente, visando atingir os objetivos da organização, do grupo e individuais. Uma forma de impactar um projeto é justamente motivar os envolvidos, uma vez que a motivação no ambiente de trabalho conduz melhor a rotina, aumentando o desempenho e focando em um resultado final mais efetivo (COSTA; MOURA, 2018).

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados à essa equipe de trabalho e, por meio de encontros semanais, será discutida a proposta de implantação da visita multiprofissional como rotina periódica no setor. Da mesma forma, será construída

uma agenda para sua implantação, definindo os prazos e a metodologia a ser utilizada na prática proposta, como o tempo de duração, o melhor horário e a frequência. Vale ressaltar, nesse ponto, que a sugestão, segundo o levantamento feito com os profissionais do setor, é que as visitas sejam feitas no final da manhã, uma vez por semana e com duração máxima de 1 hora e 30 minutos.

O uso de um roteiro para se realizar a visita multiprofissional estruturada foi descrito na literatura como uma ferramenta essencial para otimizar a prática e diminuir o tempo gasto (HENDRICKS *et al.*, 2017). Sendo assim, foi elaborado um formulário para estruturar a visita (APÊNDICE 3) e que será apresentado ao grupo de trabalho para análise e possíveis modificações. Nesse formulário constam os dados de identificação do paciente, os diagnósticos, o tratamento a que está sendo submetido e o plano terapêutico construído em conjunto por todas as áreas profissionais.

Após o alinhamento do grupo de trabalho, será iniciada a sensibilização de toda a equipe multiprofissional da UCINCo/HULW. Essa sensibilização servirá para apresentar a proposta de implantação, mostrando a importância da visita multiprofissional para o setor. Essa etapa ocorrerá dentro da própria unidade durante os plantões, nos momentos em que os integrantes do grupo de trabalho acharem mais conveniente. Posteriormente a esse período de apresentação da proposta e sensibilização de toda a equipe, será marcado o início da prática na unidade, o qual será informado, também, à Coordenação do Setor Materno-infantil do HULW.

O acompanhamento e a avaliação de cada etapa serão feitos pelo grupo de trabalho para que o plano de ação seja executado da melhor forma possível. Após a implantação da visita, essa avaliação deve ser contínua e realizada pela equipe multiprofissional. Marx e Engels (1998) afirmam que o ser humano pode olhar para a realidade que o cerca – e que ele próprio produz – de forma crítica e reflexiva para transformá-la. O potencial de gerar transformações, principalmente das ações educativas, está associado com a forma como essas ações são desenvolvidas e estruturadas pelos profissionais da saúde e em que contexto.

Deve-se sempre ter essa avaliação da relação entre as ações desenvolvidas e a reflexão que os próprios profissionais fazem sobre tais ações, o que é chamado por Silva, Dias e Rodrigues (2009, p. 1454) de “práxis educativa em saúde”. Os profissionais buscam, portanto, novas formas de promoção de saúde baseadas na problematização e no diálogo, o que realmente “efetiva a práxis – isto é, a capacidade

de refletir sobre o cotidiano e transformar as práticas naturalizadas” (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009, p. 1461).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado, que teve por objetivo propor a implantação da visita multiprofissional na UCIN do HULW, foi possível responder se as práticas atuais da unidade neonatal são em equipe multiprofissional, verificar quais as reflexões da equipe de trabalho com relação as práticas atuais e questões sobre a visita multiprofissional, e se a visita multiprofissional é estratégia válida no contexto de melhoria assistencial e nas questões de aprendizagem.

No decorrer da pesquisa, foram abordados os principais aspectos teóricos sobre saúde e as políticas públicas brasileiras, com enfoque no cuidado neonatal. Foi apresentado o modelo de assistência biopsicossocial que enfatiza a integralidade do cuidado em saúde e o trabalho interdisciplinar. Refletiu-se, ainda, sobre a equipe multiprofissional e sua atuação como sujeito de mudanças, além de debater sobre a visita multiprofissional, seus conceitos e impactos, principalmente nas questões de aprendizagem para a equipe no ambiente de trabalho.

Por meio da observação participante no setor, pode-se ter uma visão geral do contexto em que a UCINCo está inserida. Foi observado o ambiente, a relação entre os profissionais das diversas áreas de atuação, as rotinas do setor e, após o diálogo com a equipe, foi possível planejar uma proposta mais conveniente para a unidade e com a possibilidade de maior aceitação pela equipe de trabalho.

A estrutura física da unidade foi um aspecto considerado desfavorável pela equipe, sendo muito criticada. No entanto, sabendo que mudanças estruturais são mais difíceis de ocorrer, deve-se lembrar que a ambiência também se relaciona com os processos de trabalho, e cabe à equipe, ou aos gestores, encontrar estratégias para tornar o ambiente mais favorável.

Os conhecimentos e as reflexões dos profissionais acerca do trabalho em equipe e visita multiprofissional foram analisados e apresentados em três eixos temáticos: práticas atuais e dificuldades enfrentadas, concepções de visita multiprofissional e implantação da visita.

Os profissionais da UCINCo reconhecem que o trabalho em equipe multiprofissional é importante e que ocorre em alguns momentos específicos; entretanto, há fragilidade do envolvimento de toda a equipe, principalmente na tomada de decisões. As ações são majoritariamente realizadas de forma isolada e sem o

compartilhamento de ações ou ideias, possivelmente como resultado de anos de fragmentação dos processos de trabalho. Além disso, as práticas individuais, específicas de cada área de atuação, não são estruturadas para um cuidado coletivo e de integração de ações.

Percebeu-se a falta de espaços definidos para as atividades multiprofissionais, para a discussão de casos clínicos e para o alinhamento da equipe. Essa falta de um espaço para discussão multiprofissional se faz sentir sobretudo pela complexidade das ações na saúde, em especial em unidades de cuidados intensivo e intermediário, e o avanço rápido das tecnologias, exigem profissionais capacitados que devem estar em aprendizado constante. Nesse sentido, sugere-se a visita multiprofissional como estratégia para melhorar a qualidade da assistência e para aprendizagem no ambiente de trabalho.

As concepções da visita multiprofissional levantadas pelos profissionais da unidade estão associadas à integralidade do cuidado, humanização, melhora da assistência e compartilhamento de saberes e tomada de decisões. Com a prática da visita, compreende-se que cada caso clínico será discutido de forma mais completa com suas peculiaridades, o que torna a assistência integral, inibindo práticas fragmentadas. Assim, pode-se traçar um plano unificado para atender todas as demandas do paciente e, então, atingir melhores resultados de promoção de saúde, tratamento e reabilitação.

O impacto positivo da visita multiprofissional na assistência também foi relatado, inclusive com foco na humanização. Incluindo a escuta da família no processo da assistência, há melhora no entendimento de todo o contexto em que o RN se insere, melhorando seu atendimento e o tornando mais singular. A escuta dos profissionais, através da visita multiprofissional, foi citada como outro possível avanço nas relações entre a equipe, melhorando os processos de trabalho. Segundo os profissionais, o fortalecimento da comunicação entre os integrantes da equipe possibilitaria um maior alinhamento e, conseqüentemente, uma melhoria na assistência ao paciente e na satisfação com o trabalho, o que ocorreria pela maior integração da equipe.

Quanto ao planejamento, os objetivos devem ser deixados bem claros e devem ser condizentes com a realidade da unidade e do hospital como um todo, além de serem adequados para as necessidades dos profissionais e dos pacientes e seus familiares.

Como sugestão preliminar da proposta de implantação da visita multiprofissional, esse estudo oferece as concepções da equipe sobre a visita e suas opiniões e recomendações de como deve ser estruturada essa prática, visando aperfeiçoamento na assistência e no próprio processo de trabalho; há, também, a preocupação em relação aos horários da visita para não prejudicar o andamento do serviço. Deve-se, também, lembrar que dentro da organização hospitalar todos os profissionais são importantes e responsáveis pela qualidade do atendimento. Portanto, todos devem ser incluídos nas reuniões, independentemente do nível funcional ou subárea de atuação.

Conclui-se que o planejamento e a proposta de implantação da visita multiprofissional deverão proporcionar um aprendizado permanente para a equipe na construção de uma assistência mais humanizada e qualificada aos pacientes, oferecendo, ainda, melhores condições laborais aos profissionais de saúde em virtude dos avanços na comunicação e na integração da equipe.

O compartilhamento de experiências e de saberes que ocorre na discussão dos casos à beira do leito do RN leva à aprendizagem com melhor produção de sentidos para os profissionais, visto que ela advém de uma abordagem mais próxima ao paciente, da discussão de seus diagnósticos e problemas de saúde. Nessa problematização de cada caso clínico proporcionada por visitas multiprofissionais periódicas, os profissionais tomarão consciência sobre a realidade de cada paciente, produzindo mais significados para si mesmo, podendo tomar decisões e mudando seus conceitos e formas de atuação. Ao se implantar e consolidar na equipe a visita multiprofissional estruturada e regular, como parte da rotina do setor, poderá se expandir para outros setores da organização hospitalar.

Os desafios de se transformar o ambiente de trabalho em um campo de aprendizado são muitos, e dependem da colaboração de toda a equipe. Portanto, por meio desse estudo elaborou-se um diagnóstico mais próximo do contexto da unidade e da função dos sujeitos do processo de assistência. Mediante os resultados dessa pesquisa pode-se formular a proposta de uma prática inovadora para a UCINCo do Hospital Universitário Lauro Wanderley, considerada como um primeiro passo para a transformação das rotinas pela reflexão crítica, ao incorporar a aprendizagem nas práticas de cuidado em saúde, convertendo esse setor hospitalar em uma organização aprendente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 3 de maio de 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>.

ALVARENGA, J. P. O. et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, out. 2013. DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201315.

ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000100063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100063&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>.

ARAUJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: um olhar de residentes e receptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, set. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Mai 2019. Epub Jan 23, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.

ASHCRAFT, S. et al. Interprofessional Clinical Rounding: Effects on Processes and Outcomes of Care. **J. Healthc Qual.**, v. 39, n. 2, p. 85-94, mar./apr. 2017. doi:10.1097/JHQ.0000000000000039.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

BEAIRD, G. et al. Perceptions of Teamwork in the Interprofessional Bedside Rounding Process. **J. Healthc Qual.**, v. 39, n. 2, p. 95-106, mar./apr. 2017. doi:10.1097/JHQ.0000000000000068

BHAMIDIPATI, V. S. et al. Structure and outcomes of interdisciplinary rounds in hospitalized medicine patients: a systematic review and suggested taxonomy. **J. Hosp. Med.**, v.11, n. 7, p. 513-523, mar. 2016. <https://doi.org/10.1002/jhm.2575>.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. A psicologia da aprendizagem. In: BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 114-131.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, jan. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100017>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 16 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/113191930.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Manual Técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUSCATO, W. L. et al. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo. Novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 33-41.

CAO, V. et al. Patient-Centered Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in the Medical ICU. **Crit. Care Med.**, v. 46, p. 85-92, jan. 2018.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, É. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 jan. 2020.

CARRERA, V. O sentido de humanizar os cuidados a quem precisa. **Revista Hospitais Brasil**, abr. 2020. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-o-sentido-de-humanizar-os-cuidados-a-quem-precisa/>. Acesso em: 19 jul. 2019.

CARRIAS, F. M. S. et al. Visita humanizada em uma unidade de terapia intensiva: um olhar interdisciplinar. **Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 103-112, 2018.

CATÃO, M. F. **Projeto de Vida em Construção: na Exclusão/Inserção Social**. 1. ed. João Pessoa: Universitária, 2001.

CATÃO, M. F. Psicologia Sócio-Histórica: a teoria do sujeito e das funções psicológicas superiores. In: ALVES, N. T. et al. (orgs.). **Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão**. 2. v. João Pessoa: Editora da UFPB, 2003. p. 33-46.

CATÃO, M. F. Problemas Sociais e Análise Psicossocial: Questões de Método. In: OLIVEIRA, A. A. S. de. (org.). **Psicologia Sócio-Histórica e o Contexto de Desigualdade Psicossocial**. 1. ed. Maceió: EDUFAL, 2017. p. 105-117.

CEBALLOS BARRERA, M. C. et al. Visita de ensino-assistência hospitalar em especialidades cirúrgicas. **Rev Cub Med Mil**, Cidade de Havana, v. 43, n. 1 p. 72-82, 2014. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572014000100009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100009&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2019

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Jul. 2019.

CLARAMONTE GALLIAN, D. M.; PONDE, L. F.; RUIZ, R. Humanização, Humanismos e Humanidades: Problematizando Conceitos e Práticas no Contexto da Saúde no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 1, n. 1, p. 5-15, mar. 2012.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Jul. 2019.

COSTA, E. S.; MOURA, A. de C. Motivação como fator de sucesso para a gestão de carreira: o papel do administrador na melhoria das relações de trabalho. **Revista de Carreira e Pessoas**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 212-226, 2018. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/ReCaPe/article/view/33816>>. Acesso em: 13 mai. 2020. doi:<https://doi.org/10.20503/recape.v8i2.33816>.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de Saúde: uma análise contextual. **Ciência Cuid. Saúde**, v. 7, n. 4, p. 530-536, out./dez. 2008. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i4.6670.

CUETO, Marcos. O COVID-19 e as epidemias da globalização. **História, Ciências e Saúde Manguinhos**, mar. 2020. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/o-covid-19-e-as-epidemias-da-globalizacao/>. Acesso em: 17 jul. 2020.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 03 set. 2019.

DER, Y. Multidisciplinary Rounds in Our ICU: Improved Collaboration and Patient Outcomes. **Crit. Care Nurse**, v. 29, n. 4, p. 84, aug. 2009. <https://doi.org/10.4037/ccn2009792>

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 Jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>.

DUARTE, H. A.; FREIRE, J. C. G.; SILVA, L. M. A estruturação de uma visita multiprofissional para o acompanhamento integral de idosos: relato da experiência em um hospital universitário. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4º, 24-26, setembro, 2015, Campina Grande-PB. **Anais...** Campina Grande, 2015.

FAVA, G.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: trinta anos depois. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 77, p. 1-2, 2008.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizagem e inovação organizacional**: as experiências de Japão, Coréia e Brasil. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

FREITAS, M. T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, jul. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742002000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2020.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-476, jun. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 nov 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300004>

GOLDMAN, S.; DEMASO, D. R.; KEMLER, B. Psychiatry morbidity and mortality rounds: implementation and impact. **Acad. Psychiatry**, v. 33, p. 383-388, out. 2009. doi:10.1176/appi.ap.33.5.383.

GUZINSKI, C. et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe. p. e20180353, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200807&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200807&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2020.

HELIOTERIO, M. C. et al. COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **Sci-Elo Preprints**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/664>. Acesso em: 02 jul. 2020.

HENDRICKS, S. et al. Facilitators and Barriers for Interprofessional Rounding: a Qualitative Study. **Clin. Nurse Spec.**, v. 31, n. 4, p. 219-228, jul./aug. 2017. doi:10.1097/NUR.0000000000000310.

KIM, M. M. et al. The Effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. **Arch. Intern. Med.**, v. 170, n. 4, p. 369-376, fev. 2010. doi:10.1001/archinternmed.2009.521.

LAMY FILHO, F. A equipe da UTI neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. de A.; MORSCH, D. S. (orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 107-116.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902007000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000300005>.

MARTINI, J. G; VERDI, M. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem: Políticas da Rede de Atenção à Saúde**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2012.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-28.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

MUNIZ, L. C. **Relato da Experiência: Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do Hospital Infantil João Paulo II / Fundação Hospitalar de Minas Gerais**. 2018. 50 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Pós-Graduação

Lato Sensus em Saúde Pública, Escola de Saúde Pública de Minas, Belo Horizonte, 2018.

NANTES, R. F. P.; CASTRO, G. J. M.; ZALESKI, E. G. F. Os matizes do cuidado nas políticas públicas de saúde brasileira. **TraHs**, n. 4, p. 17-28, 2018. <http://dx.doi.org/10.25965/trahs.1090>.

NEVES, V. N. S. **Gestão em Saúde**: uma proposta de melhorias segundo os quatro pilares da educação para o século XXI. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão em Organizações Aprendentes) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

NEVES, V. N. S. **Visita multiprofissional em unidade de terapia intensiva neonatal**: relato de experiência. Monografia (Trabalhos de Conclusão de Curso de Especialização) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Objetivos do desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos Básicos. 45. ed. 2006. Disponível em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 de janeiro de 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2019.

PALANGANA, I. C. **Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vigotski**: a relevância do social. 6. ed. São Paulo: Summus, 2015.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: [www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=5996](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5996). Acesso em: 05 jun. 2019.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 161-177.

PEREIRA, R. de C. de F. Aprendizagem, cultura e estratégia nas organizações. In: BRENNAND, E. G. de G. (org.). **Gestão Aprendente**: cenários convergentes. João Pessoa: Editora UFPB, 2017. p. 185-238.

PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R. Terapia intensiva Pediátrica. In: PIVA, J. P.; GARCIA, P.C.R. **Medicina Intensiva em Pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 1-14.

PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; REIBNITZ, K. S. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem**: Processo Educativo em Saúde. Florianópolis: UNA-SUS, 2012.

PRESTES, E. M. T.; CATÃO, M. F. Aprendizagem de jovens e adultos e exclusão/inclusão. **Olh@res**, Guarulhos, v. 4, n. 1, p. 142-160, maio 2016. Disponível em: <http://www.olhares.unifesp.br/index.php/olhares/article/view/444/178>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PRYSTAJECKY, M. et al. A case study of healthcare providers' goals during interprofessional rounds. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 4, p. 463-469, 2017. doi:10.1080/13561820.2017.1306497.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n.56, p. 185-197, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 15 mai. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300005>.

RODRIGES, I. C. F.; SERRANO, L. C. A.; DIAS, E. F. Contribuição da equipe multidisciplinar na visita à beira do leito para uma atenção de qualidade. **Revista Científica Integrada**, Guarujá, v. 4, n. 1, 12 p. 2018. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-1/3094-rci-contribuicao-da-equipe-multidisciplinar-na-visita-a-beira-do-leito-para-uma-atencao-de-qualidade-12-2018/file>. Acesso em: 17 jan. 2020.

ROSA, T. C. S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F. L. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Rev. de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/9>>. Acesso em: 10 Jan. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v1i1.9>.

SALVIANO, A. F. et al. Atuação interdisciplinar em um serviço hospitalar de urgência e emergência pediátrica. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 15, n. 2, p. 27-33, out. 2017.

SCLiar, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de jan. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. Trad. Gabriel Zide Neto e Op. Traduções. 26. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2010.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. de A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, oct. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 jul. 2020.

SOUZA, K. M. O. de; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2019.

SPANER, D. et al. Use of Standardized Assessment Tools to Improve the Effectiveness of Palliative Care Rounds: A Quality Improvement Initiative. **J. Palliat. Care**, v. 32, n. 3-4, p. 134-140, jul./oct. 2017. doi:10.1177/0825859717740051.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

URISMAN, T.; GARCIA, A.; HARRIS, H. W. Impact of surgical intensive care unit interdisciplinary rounds on interprofessional collaboration and quality of care: Mixed qualitative-quantitative study. **Intensive Crit. Care Nurs.**, v. 44, p. 18-23, feb. 2018.

VALA, J. Análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. 12. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2003. p. 101-128.

VIGOTSKI, S. Interação entre aprendizado e desenvolvimento. In: VIGOTSKI, S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 53-61.

VIGOTSKI, S. A educação no comportamento emocional. In: VIGOTSKI, S. **Psicologia Pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 113-124.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>UFPB - HOSPITAL<br/>UNIVERSITÁRIO LAURO<br/>WANDERLEY DA<br/>UNIVERSIDADE FEDERAL DA<br/>PARAÍBA</b> |  |
| <b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |  |
| <b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                         |  |
| <b>Título da Pesquisa:</b> Visita Multiprofissional: práticas e questões de aprendizagem pela equipe de trabalho em unidade neonatal de um hospital universitário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |  |
| <b>Pesquisador:</b> fernanda dalla costa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                         |  |
| <b>Área Temática:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |  |
| <b>Versão:</b> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |  |
| <b>CAAE:</b> 26411919.7.0000.5183                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |  |
| <b>Instituição Proponente:</b> Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                         |  |
| <b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |  |
| <b>DADOS DO PARECER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                         |  |
| <b>Número do Parecer:</b> 3.845.070                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                         |  |
| <b>Apresentação do Projeto:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                         |  |
| <p>Segunda versão de projeto e dissertação vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes, do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, que tem como pesquisadora responsável a mestranda Fernanda Dalla Costa, sob a orientação da Professora Dra. Fátima Fernandes Catão. Trata-se de estudo descritivo e qualitativo, que terá como amostra 8 integrantes da equipe de saúde da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), a saber: um assistente social, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um médico, um nutricionista, um psicólogo e um técnico de enfermagem. Será utilizando como critério de inclusão: trabalhar na UCINCo ao menos três vezes na semana; e trabalhar no setor no mínimo um ano; e como critério de exclusão: possuir experiência no setor inferior há um ano, trabalhar na unidade somente em plantões noturnos e menos de três vezes durante a semana; e a recusa de participar do estudo. A coleta de dados e material empírico envolverá as técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada. Na etapa de observação participante será utilizado como instrumento um diário de campo no qual a pesquisadora responsável irá registrar as observações relativas ao trabalho multiprofissional. Em um segundo momento será realizada uma entrevista semiestruturada, gravada e nortada por um roteiro, com os profissionais mencionados. As entrevistas gravadas serão transcritas na íntegra e</p> |                                                                                                         |  |
| <p><b>Endereço:</b> Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.<br/> <b>Bairro:</b> Cidade Universitária <b>CEP:</b> 58.059-900<br/> <b>UF:</b> PB <b>Município:</b> JOAO PESSOA<br/> <b>Telefone:</b> (83)3216-7964 <b>Fax:</b> (83)3216-7522 <b>E-mail:</b> comitedeetica.hulw2018@gmail.com</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                         |  |



UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.845.070

submetidas aos procedimentos metodológicos de análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (1977).  
vigência do projeto: fevereiro à março de 2020.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor a implantação da visita multiprofissional como prática, elaborada pela equipe de trabalho da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional do Hospital Universitário Lauro Wanderley, como estratégia para melhoria na assistência e aprendizagem.

Objetivo Secundário: Descrever e refletir sobre as práticas realizadas em equipe na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam como riscos:

A metodologia aplicada à pesquisa tenta minimizar os riscos mencionados no item II. 22 da Resolução CNS Nº 466/2012. Os voluntários que participarão da pesquisa preencherão um questionário com informações prévias que nos darão segurança para verificar se ele é hábil para realizar a pesquisa, como por exemplo, alergias a produtos cosméticos se o voluntário já apresentou alguma alergia ou não. Caso o voluntário apresente ou já teve histórico de irritação ou sensibilidade a cosméticos não poderá participar da pesquisa. Também

realizaremos teste prévio no dorso da mão para verificar se o mesmo apresenta alguma reação indesejável. Caso aconteça efeitos indesejáveis ao longo das semanas, o voluntário terá toda a assistência médica necessária para o tratamento de tais efeitos.

As formulações são elaboradas dentro dos critérios da legislação pertinentes preconizado pela Anvisa observando sempre as seguintes normas: na RDC nº 211/05; Portaria nº 295/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); RDC nº 48/2006; RDC nº 44/2012; DIRECTIVE 76/768/ECC, 2010; OECD 2016; RDC 79/2000; RDC 211/2005; e RDC nº 48/2013. Outro item importante para lisura da pesquisa é o aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e método adotado de análise dos dados prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade dos voluntários.

Os benefícios da pesquisa serão em nível acadêmico, priorizando trazer informações seguras para

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7964

**Fax:** (83)3216-7522

**E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.845.070

uso dos cosméticos e com seus benefícios comprovado de forma científica. Assim, a sociedade pode utilizar produtos cosméticos com maior segurança e eficácia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa tem relevância científica e viabilidade metodológica, apresentando, nesta versão correção de pendências apontadas no parecer 3.782.638, a saber:

1. Autoria: foi incluída, na plataforma Brasil, o nome da orientadora como integrante da equipe de pesquisa.
2. Cronograma: Houve uniformização da previsão das datas apresentadas no cronograma anexada à plataforma Brasil e no cronograma descrito nas informações básicas sobre o projeto;
3. TCLE: foi incluído neste documento, o endereço profissional do pesquisador responsável e do CEP (nome, endereço, e-mail e telefone), para viabilizar o contato do participante, caso haja necessidade

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes termos obrigatórios e necessários à apreciação metodológica e ética do projeto: projeto detalhado, cronograma de execução e previsão de orçamento para o estudo, TCLE, anuência institucional, folha de rosto devidamente assinada pela instituição proponente e certidão de aprovação do projeto pelo Programa de Pós-Graduação. Apesar de não estar anexado, em separado o instrumento de coleta de dados, foi apresentado no projeto na íntegra um roteiro de entrevista, condizente com os objetivos propostos.

**Recomendações:**

Recomenda-se que a equipe de pesquisa cumpra, em todas as fases do estudo, a metodologia proposta e aprovada pelo CEP/HU, e em caso de intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, a pesquisadora responsável solicite a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou busque as devidas orientações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Fundamentando-se na Resolução 466/2012 sou de parecer favorável à aprovação da segunda versão do projeto.

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

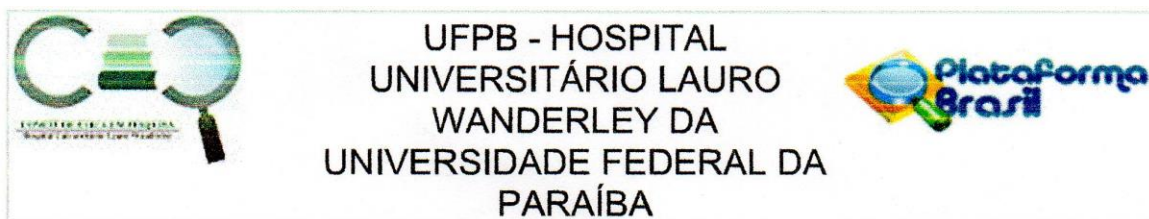
**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7964

**Fax:** (83)3216-7522

**E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.845.070

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 11 de fevereiro de 2020.

#### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento                 | Arquivo                                       | Postagem            | Autor                | Situação |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 1474106.pdf | 15/01/2020 21:56:07 |                      | Aceito   |
| Outros                         | cartaresposta.pdf                             | 15/01/2020 21:53:11 | fernanda dalla costa | Aceito   |
| Cronograma                     | Cronograma.pdf                                | 15/01/2020          | fernanda dalla       | Aceito   |

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.059-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7964

**Fax:** (83)3216-7522

**E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.845.070

|                                                           |                  |                        |                      |        |
|-----------------------------------------------------------|------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Cronograma                                                | Cronograma.pdf   | 21:42:13               | costa                | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf         | 15/01/2020<br>21:41:41 | fernanda dalla costa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto.pdf      | 15/01/2020<br>21:40:48 | fernanda dalla costa | Aceito |
| Orçamento                                                 | orcamento.pdf    | 02/12/2019<br>11:36:58 | fernanda dalla costa | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | anuencia.pdf     | 02/12/2019<br>11:09:07 | fernanda dalla costa | Aceito |
| Outros                                                    | qualificacao.pdf | 02/12/2019<br>11:08:03 | fernanda dalla costa | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | folharosto.pdf   | 02/12/2019<br>11:00:29 | fernanda dalla costa | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 18 de Fevereiro de 2020

**Assinado por:**

**MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900

**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com

## ANEXO 2: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

10/08/2020

Yahoo Mail - RES: [ABCShs] Agradecimento pela submissão

RES: [ABCShs] Agradecimento pela submissão

De: Artigos Brasileiros de Ciencias e Saude (abcs@fmabc.br)

Para: ferdallac@yahoo.com.br

Data: terça-feira, 28 de julho de 2020 16:28 BRT

Prezada Dra. Fernanda Dalla Costa

Acusamos recebimento do manuscrito "**VISITA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR: IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**", que foi cadastrado com o código 2020-144. Favor referir este código em todas as comunicações com a revista.

Att,

Ana Ivone Costa

Secretária

ABCS Health Sciences

[www.portalnepas.org.br/abcschs](http://www.portalnepas.org.br/abcschs)

[abcs@fmabc.br](mailto:abcs@fmabc.br)

De: Ricardo Peres do Souto via Portal NEPAS [mailto:pen-bounces@emnuvens.com.br]

Enviada em: segunda-feira, 27 de julho de 2020 16:07

Para: FERNANDA DALLA COSTA

Assunto: [ABCShs] Agradecimento pela submissão

FERNANDA DALLA COSTA,

Agradecemos a submissão do trabalho "VISITA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR: IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE" para a revista ABCS Health Sciences.

Por gentileza esteja ciente de que todo o processamento do seu manuscrito será conduzido por e-mail. Para evitar atrasos e outros inconvenientes, inclua [abcs@fmabc.br](mailto:abcs@fmabc.br) na lista segura do seu provedor de email.

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o escritório da revista. Obrigado por considerar esta revista como uma forma de divulgação do seu trabalho.

Ricardo Peres do Souto

Sciences <http://www.portalnepas.org.br/abcschs>

ABCS Health

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor (a)

Esta pesquisa tem por tema “Visita Multiprofissional: práticas e questões de aprendizagem pela equipe de trabalho em unidade neonatal de um hospital universitário”. Está sendo realizada por Fernanda Dalla Costa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra. Fátima Fernandes Catão.

Faço o convite para participar de forma voluntária da pesquisa, esclarecendo que você tem o direito de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase deste estudo, sem prejuízos de qualquer natureza.

Esta pesquisa pretende compreender as práticas da equipe multiprofissional na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional do Hospital Universitário Lauro Wanderley, para elaborar a proposta de implantação da visita multiprofissional, visando melhoria na assistência aos recém-nascidos e melhores condições de trabalho para a equipe. Caso decida participar da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista. Para possibilitar a transcrição da mesma, será necessária a utilização de um gravador de voz. Durante a entrevista, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco poderá se apresentar na forma de um desconforto ou constrangimento em responder às perguntas realizadas. Na tentativa de diminuir tais sensações, a pesquisadora se dispõe a responder às dúvidas que você possa ter em relação às perguntas, após a realização da leitura das mesmas. Quanto aos benefícios que você irá obter com esta pesquisa, serão o de contribuir para a construção da proposta da implantação da visita multidisciplinar na unidade em que exerce sua atividade.

A pesquisa é isenta de custos, caso você tenha alguma despesa para participar desta pesquisa, ela será custeada pela pesquisadora. Informo que a participação não implica em remuneração para os participantes. Os dados fornecidos nas entrevistas serão confidenciais e serão divulgados apenas em eventos científicos como congressos, por exemplo, ou publicações científicas, não havendo divulgação de dados que possam identificar o (a) entrevistado (a). Esses dados serão

guardados pelos pesquisadores responsáveis em local seguro e por um período de 05 (cinco) anos. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com Fernanda Dalla Costa, Avenida Mato Grosso, 741, Bairro dos Estados, João Pessoa/PB, CEP 58030-080, pelo número (83) 99661-1639, e-mail: ferdallac@yahoo.com.br, ou ainda no Hospital Universitário Lauro Wanderley, Campus I, Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco, 3º. andar, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, João Pessoa/PB, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa também no Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º. Andar, Campus I, Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco, CEP 58059-900 - João Pessoa/PB, (83) 3216-7964, e-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com.

Espero contar com seu apoio, desde já agradeço sua colaboração.

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes desse estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com o (a) entrevistado (a) e a outra com a pesquisadora Fernanda Dalla Costa.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) participante da pesquisa

## **APÊNDICE 2: ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA**

### **Parte I**

Idade:

Sexo:

Área profissional:

Tempo de serviço na UFPB:

### **Parte II**

- a) Descreva suas práticas em equipe na UCINCo?
- b) Quais reflexões podem ser feitas sobre as práticas em equipe multiprofissional na UCINCo?
- c) O que você entende por visita multiprofissional?
- d) Quando falo: visita multiprofissional e questões de aprendizagem, o que lhe vem?
- e) Quais suas sugestões e indicações de procedimentos para a implantação da prática no setor?

|                                          |         |         |
|------------------------------------------|---------|---------|
| <b>1. DIAGNÓSTICOS</b>                   |         |         |
|                                          |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>2. CONFORTO / ANALGESIA / SEDAÇÃO</b> |         |         |
| Está com analgesia/sedação?              | ( ) sim | ( ) não |
| Necessidade de analgesia?                | ( ) sim | ( ) não |
| Condições de interromper?                | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                                     |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>3. METABÓLICO</b>                     |         |         |
| Distúrbio?                               | ( ) sim | ( ) não |
| Qual?                                    |         |         |
| Controle glicêmico?                      | ( ) sim | ( ) não |
| Resultados:                              |         |         |
| OBS:                                     |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>4. ALIMENTAÇÃO</b>                    |         |         |
| Está recebendo dieta?                    | ( ) sim | ( ) não |
| Se não, há condições de iniciar?         | ( ) sim | ( ) não |
| Há alguma intolerância?                  | ( ) sim | ( ) não |
| Recebendo nutrição parenteral?           | ( ) sim | ( ) não |
| Realizando fonoterapia?                  | ( ) sim | ( ) não |
| Ganho de peso adequado?                  | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                                     |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>5.INFECCÃO</b>                        |         |         |
| Há infecção?                             | ( ) sim | ( ) não |
| Sítio?                                   |         |         |
| Microorganismo isolado?                  | ( ) sim | ( ) não |
| Cultura em andamento?                    | ( ) sim | ( ) não |
| Qual?                                    |         |         |
| OBS:                                     |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>6. MEDICAÇÃO</b>                      |         |         |
| Reação medicamentosa?                    | ( ) sim | ( ) não |
| Erro de prescrição?                      | ( ) sim | ( ) não |
| Qual?                                    |         |         |
| Há medicação que pose ser suspensa?      | ( ) sim | ( ) não |
| Uso de medicação de alto risco?          | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                                     |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>7. PELE</b>                           |         |         |
| Presença de lesão?                       | ( ) sim | ( ) não |
| Qual?                                    |         |         |
| Onde?                                    |         |         |
| Instabilidade térmica?                   | ( ) sim | ( ) não |
| Profilaxia de úlceras de pressão?        | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                                     |         |         |
|                                          |         |         |
| <b>8. VASCULAR</b>                       |         |         |
| Está com acesso venoso?                  | ( ) sim | ( ) não |
| Qual?                                    |         |         |
| Local?                                   |         |         |
| Hiperemia/secção na inserção?            | ( ) sim | ( ) não |
| Necessidade de manter acesso?            | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                                     |         |         |

|                                                 |         |         |
|-------------------------------------------------|---------|---------|
| Suporte ventilatório?<br>( ) HOOD      ( ) CPAP | ( ) sim | ( ) não |
| Condições de reduzir ou<br>suspende?            | ( ) sim | ( ) não |
| Pronga nasal adequada?                          | ( ) sim | ( ) não |
| Realizando fisioterapia?                        | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                                            |         |         |

|                             |         |         |
|-----------------------------|---------|---------|
| Vacinas atualizadas?        | ( ) sim | ( ) não |
| Teste do pezinho?           | ( ) sim | ( ) não |
| US transfontanela?          | ( ) sim | ( ) não |
| Avaliação oftalmológica?    | ( ) sim | ( ) não |
| Realizando posição canguru? | ( ) sim | ( ) não |
| OBS:                        |         |         |

|                                      |         |         |
|--------------------------------------|---------|---------|
| Mãe está no serviço?                 | ( ) sim | ( ) não |
| Pai/familiar visitando regularmente? | ( ) sim | ( ) não |
| Necessidade de apoio psicológico?    | ( ) sim | ( ) não |
| Necessidade de apoio social?         | ( ) sim | ( ) não |
| Mãe segura com a alta?               | ( ) sim | ( ) não |
| Programação de alta?                 |         |         |
| ORS:                                 |         |         |

MEYAS

## EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Técnico de Enfermagem: